
2019.4.27

第17屆長期照護學術研討會

大會手冊



會址：103台北市大同區承德路二段46後3樓之3

電話：02-2556-5880

E-MAIL: ltc.pa@msa.hinet.net

官網： <http://www.ltcpa.org.tw/>

郵政劃撥帳號：17420940

郵政劃撥戶名：社團法人台灣長期照護專業協會

辦理地點：新北市立聯合醫院三重院區 急重症大樓10樓國際會議廳



2019.4.27 / 10樓國際會議廳

8:30-9:00 報到

9:00-9:10 主席致詞/王祖琪理事長

9:10-9:30 來賓致詞/貴賓

9:30-10:00 頒發優良人員、資深人員、獎助學金、優秀論文、成長團體競賽及照顧者楷模

10:00-12:10 專題演講/主持人：王祖琪理事長

單元一：科技在長期照顧的應用

10:00-10:30 I.科技與法律-電子病歷應用/ 衛生福利部 周道君副司長

10:30-11:00 II.智慧科技於長者照護的應用/ 元智大學老人福祉科技研究中心 徐業良主任

單元二：長期照顧服務法通過後的機構評鑑

11:00-11:20 I.長期照顧機構評鑑規劃/ 衛生福利部 周道君副司長

11:20-11:40 II.住宿式長期照顧機構/ 林麗嬋常務理事

11:40-12:00 III.居家、社區式長期照顧機構評鑑-以臺北市為例 / 吳肖琪常務理事

12:00-12:10 綜合座談

12:10-13:30 會員代表大會(僅限會員代表參加) / 午餐聯誼

13:30-14:00 學術發表 / 主持人：林麗嬋常務理事

《長期照護雜誌》之文獻計量分析：2003年至2018年

報告人：慈濟科技大學長期照護研究所 江家璇研究生

14:00-14:30 優秀論文發表/主持人：林麗嬋常務理事

影響長期照顧十年計畫照管專員核定居家服務時數之因素探討

報告人：國立陽明大學衛生福利研究所 葉馨婷博士後研究員

14:30 賦歸

9:00-14:30

10樓大廳

學術海報展示
照護產品參展

10:30-12:00

10樓102會議室

家庭照顧者
座談茶會

照護產品參展單位

康平興業股份有限公司



35年營養經驗
400家以上機構信賴
營養品專業品牌



福樂多醫療福祉事業



福樂多醫療福祉事業

As human, for human
事 / 業 / 內 / 容

- 高齡者住宅事業
- 無障礙住宅改造事業
- 學校教育事業
- 高齡福祉人才培育事業
- 福祉輔具、醫療用品販賣事業
- 社區營造事業
- 醫療院所轉型顧問
- 高齡者照顧事業
- 高齡者福祉講座、主題演講
- 入浴福祉車



高雄總公司 (07)555-5398 台北辦事處 (02)2797-6950
屏東聖母店 (03)955-1905 彰化員基店 (04)839-1993



鴻亞藥品有限公司



鴻亞藥品有限公司總經銷雀巢快凝寶晶激及快凝寶高能果凍、日本味之素胺基酸粉末(高純度 BCAA)。

誼昇有限公司

「Bivona 矽質氣切套管
提供病患最佳安全與舒適性」

Longcare 樂安康健康醫療器材有限公司

Longcare Health & Medical Equipments Co., Ltd.
0933-307495
0933-307465

超涼爽.綠能.省電75%

主要產品
按摩氣墊床
自動翻身床
按摩+自動翻身床
按摩+沐浴床
按摩+自動翻身+淋浴床
輪椅升降機

誰講！久病無孝子
樂安康陪您做孝子
解決床燒！臭味去
找我樂安康就對了

E-mail: longcare@longcare.com.tw
longcareking@gmail.com
http://www.longcare.com.tw

*現場提供精美小禮物，可至攤位處領取

天群醫療企業股份有限公司



天群醫療企業股份有限公司
Glorious Union Medtech Corp.

企 · 業 · 簡 · 介

Guldmann / MedicusTek 美思科技

台灣總代理，40年台灣醫療照護市場經驗

榮獲 ISO 13485:2016 認證

2011創立中華安全行動照護協會



CSPHA
中華安全行動照護協會

No Lift Policy 不徒手抬舉改裝
Fall Prevention 預防跌倒

璞之味除臭酵素

甲等評鑑最後一哩路
微笑照護 · 新淨界

100%天然植物萃取

徹底分解異味 · 非掩蓋

抑菌 · 無毒 · 無化學添加

SGS · 台美九項檢驗合格



台灣雀巢股份有限公司



雀巢 Nestlé
健康科學 HealthScience
用先進的營養 守護每段生命旅程



雀巢健康科學官網

每一口都是專業級的照顧

日本大阪長照機構參訪四日行

首次參訪!!!

大阪都會型居家式、

社區式、

住宿式機構



- ★ 杵屋貢獻之家 ★
- ★ 京都ゆうゆうの里老人介護公寓 ★
- ★ 三笑堂輔具公司 ★

日期：108年6月10日至13日

機會難得 錯過不再
趕快手刀報名!!!
參訪相關資訊 → →



第十七屆長期照護學術研討會手冊目錄

專題演講	III
單元一：科技在長期照顧的應用	
I.科技與法律-電子病歷應用	III
II.智慧科技於長者照護的應用	IV
單元二：長期照顧服務法通過後的機構評鑑	
I.長期照顧機構評鑑規劃	V
II.住宿式長期照顧機構	VI
III.居家、社區式長期照顧機構評鑑-以臺北市為例	VII
學術發表入選摘要	VIII
海報展示	
A1.臺北市社區、居家式長期照顧機構評鑑指標之建置	1
A2.運用現實導向認知刺激介入社區失智症團體成效探討	2
A3.出院準備無縫銜接長照 2.0 試辦計畫成效初探-以某醫學中心為例	3
A4.介入技術混和性照護模式於高齡住院滿意度調查初探	4
A5.以系統性文獻檢視居家血壓測量值與診間血壓測量值在高血壓個案之 臨床應用	5
A6.運用精神科專業介入對居家主要照顧者照護負荷成效之初探	6
A7.消費者長照負擔之比較-長照保險制 vs.長照稅收制	7
A8.Floors of building and Fall risk: data from the National Health and Aging Trends Study (NHATS)	8
A9.台灣老年人衰弱與日常生活活動之初探	10
A10.社區整合健檢方式與老人幸福感之相關因素探討	11
B1.運用 PDCA 模式降低某居家護理所社區案壓傷發生率	12
B2.提升照顧服務員手部衛生執行正確性之專案改善	13
B3.運用撫觸療法提昇居家個案吞嚥障礙留置胃管移除之照護成果分享	14
B4.提升居家在宅個案足部照護執行率	15
B5.自立自足團體-早晨健康操/喝水重要性	16
B6.運用 E 智慧落實成本管控-提升新進護理人員共通性計價正確性	18
B7.提升居家醫療照護整合計畫申請作業正確性	19
B8.運用跨團隊照護資源模式降低居家護理個案低蛋白血症發生率專案	20
B9.失智據點導入預防及延緩失能方案之成效初探	21
B10.運用跨專業團隊提升腦中風急性後期照護病人下轉率	22
B11.建構跨團隊網路平台提升居家護理壓傷照護成效之經驗分享	23
B12.長期照護機構使用資訊裝置輔助於臨床照護之應用	24
B13.推動電子轉診掛號之作業	25
B14.降低居家護理個案鼻胃管固定處皮膚破損發生率	26

B15.「掌握氣蹟」-降低居家個案手部壓傷照顧創意	27
B16.運用體能訓練提升機構老人日常生活活動功能.....	28
B17.南部某護理之家收治愛滋病人之初探.....	29
C1.照顧一位巴金森氏症患者之居家護理經驗.....	30
C2.一位失智症併腎病末期病人家屬困難抉擇撤除血液透析之照護經驗....	31
C3.以自立支援模式照護一位日間照顧中心失智症長者之經驗.....	32
C4.照護一位經醫學中心至區域醫院整合醫學癌末病人接受安寧療護經驗	33
C5.照護一位頸椎損傷合併無望感病人之護理經驗.....	34
C6.運用自然照護技術於失能臥床病人之照護經驗.....	35
C7.用翻轉教學協助一位長期臥床患者初次外籍看護照顧之經驗.....	36
C8.照顧一位年輕大陸外籍配偶初次診斷肌無力症之護理經驗.....	37
C9.重啟"聲"命的樂章：氣切移除成功居家個案之護理經驗.....	38
C10.一位肺炎病人出院密集訪視及無縫轉銜長照資源之護理經驗.....	39
C11.協助一位短腸症病人使用居家靜脈營養銜接長照 2.0 服務之出院準備	40
C12.協助一位股骨頸骨折術後病人出院準備無縫接軌長照服務之護理經驗	41
C13.導入跨團隊與結合長照資源協助脊椎骨折術後個案之居家照護經驗..	42
C14.營養支持對居家營養個案壓瘡之重要性.....	43
C15.協助一位胰臟癌病人走完生命末期之護理經驗.....	44
C16.一位癌症末期病人困難出院準備之護理經驗.....	45
C17.協助一位偏遠地區癌末病人之出院準備歷程.....	46
C18.運用安寧療護於一位子宮內膜癌末期病人之照護.....	47
C19.長照溫暖你心～應用長照 2.0 協助心臟衰竭個案出院準備服務.....	48
C20.安寧三無、四道人生--協助一位肝硬化末期病人的轉介服務經驗.....	49
C21.喘息才能走更長遠的路--協助一位失能個案銜接長照服務之轉介經驗	50
C22.團隊合作、長照陪伴---協助一位思覺失調症併腦中風個案銜接長照服務之轉介經驗	51
C23.燙傷的痛、長照來修復～協助一位燙傷老人運用長照 2.0 服務於出院安置經驗分享	52
口頭報告	
《長期照護雜誌》之文獻計量分析：2003 年至 2018 年	53
長期照護雜誌優秀原著論文	54
影響長期照顧十年計畫照管專員核定居家服務時數之因素探討	55

專題演講

科技在長期照顧的應用

I. 科技與法律-電子病歷應用

衛生福利部

周道君 副司長

專題演講

科技在長期照顧的應用

II. 智慧科技於長者照護的應用

元智大學老人福祉科技研究中心

徐業良 主任



台灣長期照護專業協會第十七屆長期照護學術研討會專題演講

智慧科技於長者照護的應用



徐業良

Editor-in-Chief, Gerontechnology
元智大學機械系有庠元智講座教授
老人福祉科技研究中心主任
2019/04/27

© GRC, YZU. All Rights Reserved.

1

Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 | 元智大學

高齡社會3G顯學：GERONTOLOGY, GERIATRICS, GERONTECHNOLOGY

- 長者的生活支援與健康照護需求，已經不能單純思考增加照護人力來滿足
- 廣泛應用智慧科技輔助照護應是重要策略之一

- First International Congress on Gerontechnology, 1991
- International Society for Gerontechnology, 1997
- 老人「福祉」科技，老齡福祉科技，樂齡科技...



“**DESIGN** technology and environment for **independent living** and **social participation** of older persons in good health, comfort and safety”

© GRC, YZU. All Rights Reserved.

2

Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 | 元智大學

老人福祉科技的範疇：以長者需求分類而非科技研發領域分類

- 健康(health)
- 住家(housing)
- 行動力(mobility)
- 通訊(communication)
- 休閒(leisure)
- 工作(work)



yzu Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 元智大學 Est. 2003





您利用遠距照護關懷長輩？



陪伴型機器人？



家中長輩配戴穿戴式裝置？



Smart home, smart wheelchair?

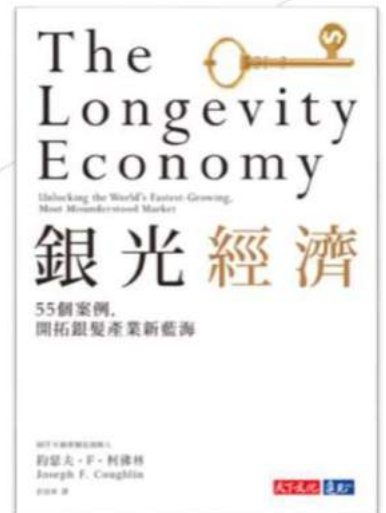
Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 元智大學

年長消費者以熟齡女性為主力，...影響我們共同未來最深的科技業，則是年輕男性的天下

「銀光經濟」The Longevity Economy, Joseph F. Coughlin, MIT AgeLab

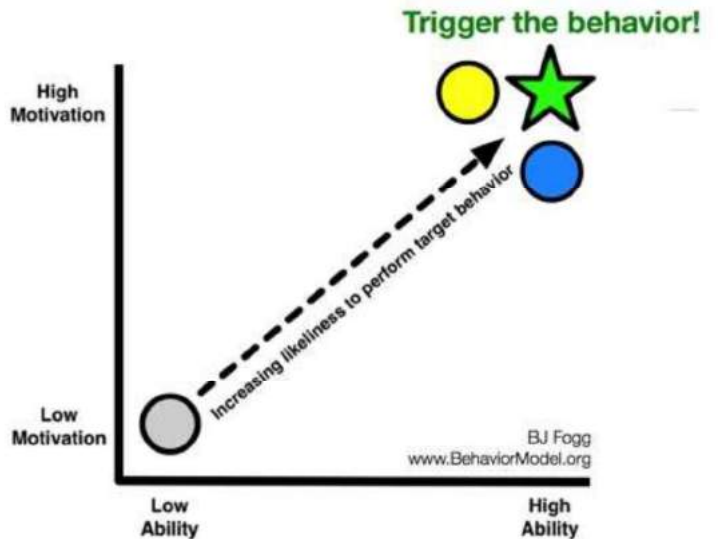
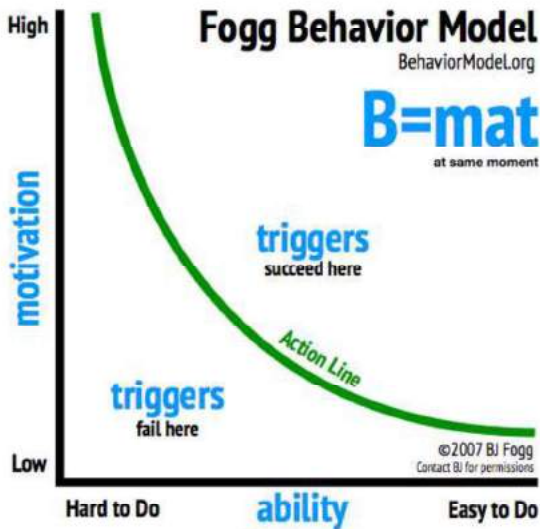
需求和產品之間的巨大差距：

科技思維與設計思維



PERSUASIVE TECHNOLOGY: 科技產品如何改變使用者的態度和行為？

- User Centered Design: 需求≠動機



Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 元智大學

© GRC, YZU. All Rights Reserved.

7

如果遠距照護生理訊號傳輸對象是子女、家人而非醫療院所？



Bluetooth



兒子是徐媽媽的TRIGGER...
關懷、互動、連結而不只是健康監測

Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 元智大學

© GRC, YZU. All Rights Reserved.

8

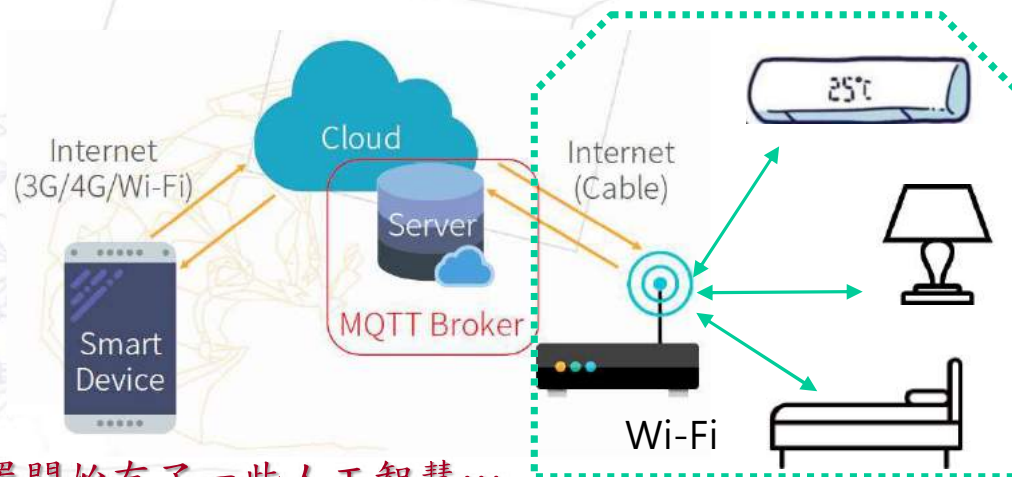
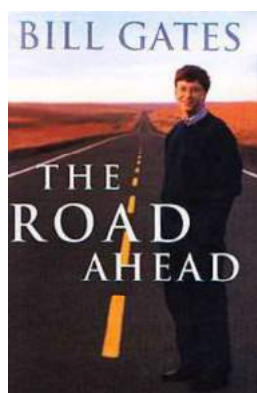
勞動部推估，台灣1,153萬上班族中，231萬人受家庭長照責任影響，每年約17.8萬人因照顧減少工時或轉換工作，每年約13.3萬人因照顧離職

2017年09月06日 中國時報

對照護者的支持 掌握長者個人化的生活模式：大數據人工智慧物聯網

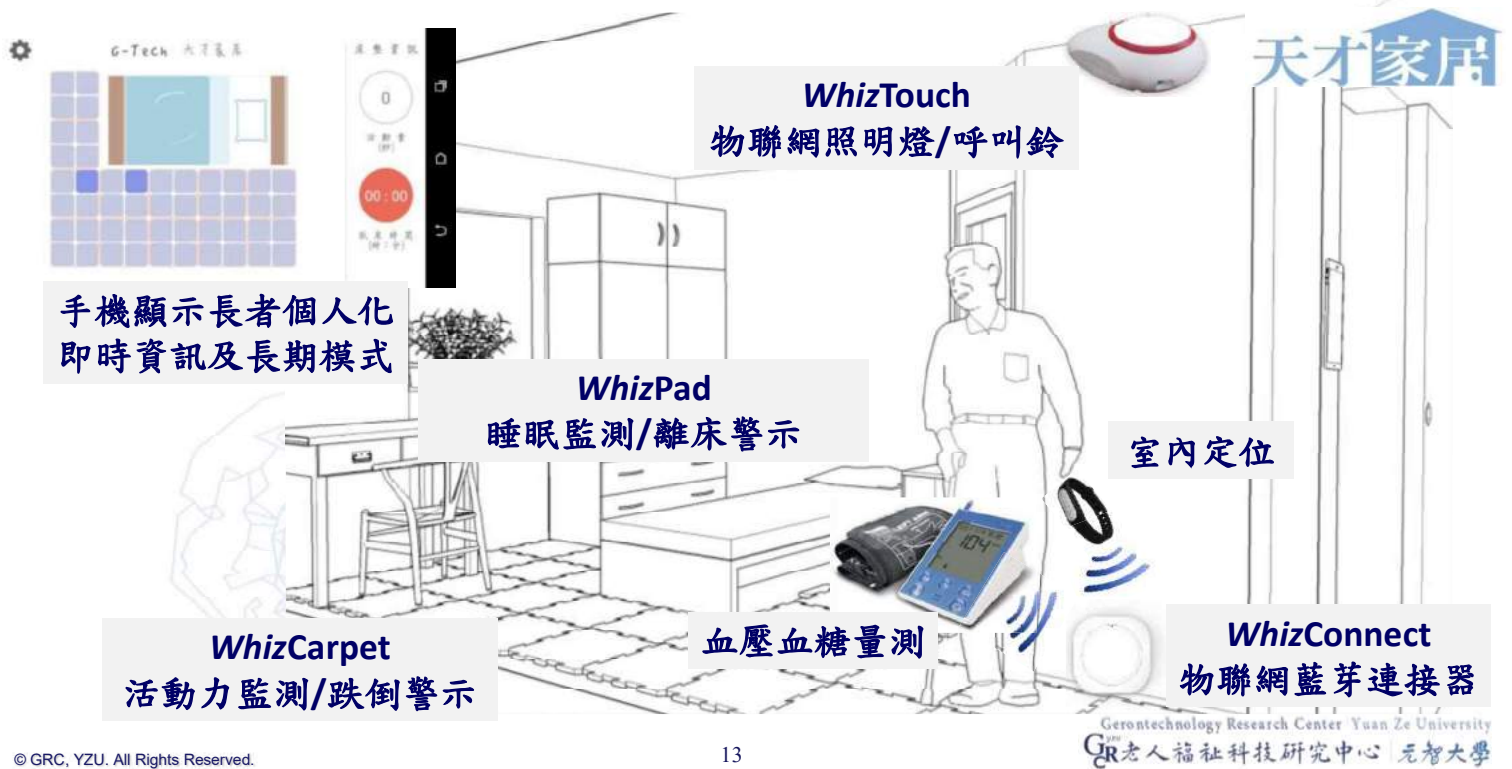
物聯網(INTERNET OF THINGS, IOT)到底是甚麼？

- 1996年比爾·蓋茲在「擁抱未來」一書中提出“物物相聯”的概念
- Publish / subscribe / topic →
物聯網就像一個Line群組
- M2M (Machine to Machine) communication



於是家中裝置開始有了一些人工智慧...

AIOT長者臥室：將居家環境中長者熟悉的事物轉變成為物聯網產品



© GRC, YZU. All Rights Reserved.

13

臺灣65歲以上老人中失智症人口約佔7.9%，年紀愈大盛行率愈高，85~89歲21.92%、90歲以上36.88%...

臺灣失智症協會，2017

打麻將防失智？
應用智慧科技設計失智症非藥物治療「嚴肅遊戲」

© GRC, YZU. All Rights Reserved.

14

Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 | 元智大學

非藥物治療是失智症治療重要模式

- **藥物治療**對輕微認知障礙(Mild Cognitive Impairment, MCI)沒有治療效果，而對阿茲海默症有些微影響[Ströhle et. al, 2015]
- **認知功能訓練**對失智症患者或有失智風險長者治療效果的證據很有限[Bahar-Fuchs et. al, 2013; Gates et al., 2011]
- **有氧運動、肌力與平衡運動**可顯著延緩症狀發展，甚至改善MCI患者和失智患者的認知和身體機能[Ströhle et. al, 2015; Forbes et. al, 2013]
- **有複雜度的運動**：結合肢體與認知活動對改善認知功能有更顯著效果[Gheysen et. al, 2018]

	認知功能	日常活動	精神行為症狀
認知刺激	+	+	+
多感官刺激	+	+	+
現實導向療法	+	+	+
懷舊治療	+	-	+
確認治療	+	-	+
體能活動	+	+	+
照光治療	+	-	+
音樂治療	+	-	+
芳香療法	-	-	+
動物協同治療	-	-	+

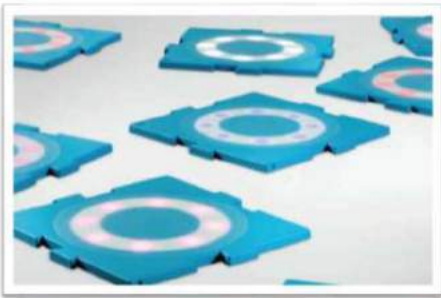
註：整理自Takeda et al. (2012)；+表示能改善

「嚴肅遊戲(SERIOUS GAME)」設計

- 結合多媒體、娛樂、體驗三個元素，「不以娛樂、享受、樂趣為主要目的之遊戲」(Michael et al., 2006)，包括電腦遊戲、運動模擬訓練、桌遊等
- 為失智症患者設計之「嚴肅遊戲」的研究文獻中，可以歸納出以下幾項設計方向[Dietlein et. al, 2018]：
 - ◆ 需要專業照護人員在旁監督，幫助失智症患者理解遊戲指示和執行方式；
 - ◆ 應該盡量適應失智症患者，配合每個人的損傷、能力、興趣做個別化設計，以促進訓練動機；
 - ◆ 保持簡單，避免遊戲造成的挫折感並減少密集監督的需求；
 - ◆ 以小組進行，例如與家人、朋友一起進行，可增進對遊戲的享受和投入，並促進社交行為及人際互動。



國內外相關產品：MOTO TILES, STAMPEDE, TREAX PADS,



© GRC, YZU. All Rights Reserved.

17

Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 元智大學

智慧科技可以帶來甚麼價值？

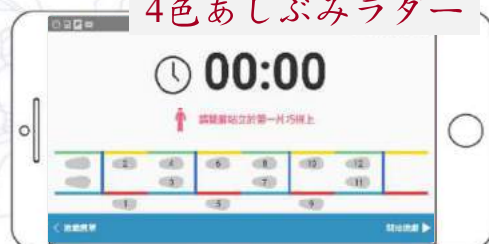
- 運動/認知/多感官刺激
- 產生對醫療照護有意義的資訊
- 照護者可以自行設計適合長者的遊戲



配對遊戲



4色あしづみラダー



© GRC, YZU. All Rights Reserved.

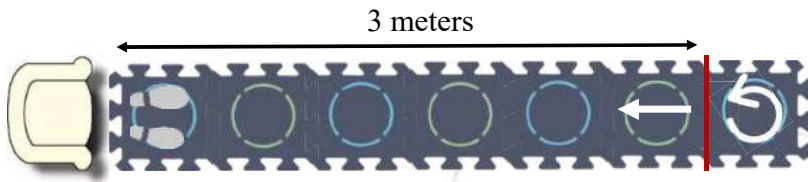
18

Gerontechnology Research Center Yuan Ze University
GR 老人福祉科技研究中心 元智大學

產生對醫療照護有意義的資訊

- 計時起走測試 Timed up and go (TUG)

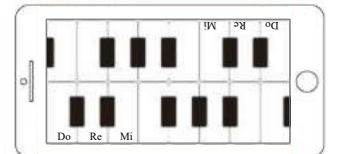
- 人臉辨識、雲端紀錄

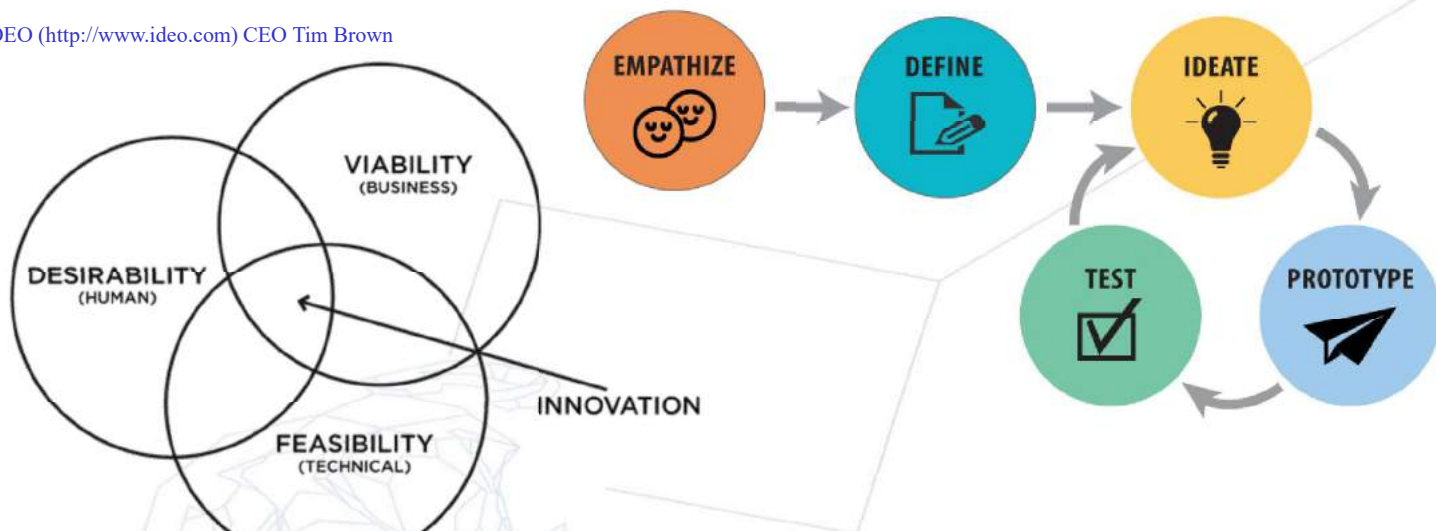


- 時間 (秒)、步長 (公分)、步頻 (步/分)、左右步長差異 (%)



照護者可以自行設計適合長者的遊戲





更多設計思考—Design thinking!

老人福祉科技研發必須成為產品，才能產生真實的價值！

結合產業實現年輕的創意

- 2016年4月，與國內知名寢具廠商世大化成公司，共同執行經濟部產學研價值創造計畫，成立世大福智科技股份有限公司
- 8位共同創辦人均為元智大學機械所畢業同學



SEDATech 世大智科天才家居
智慧生活 / 物聯網 / 老人福祉科技

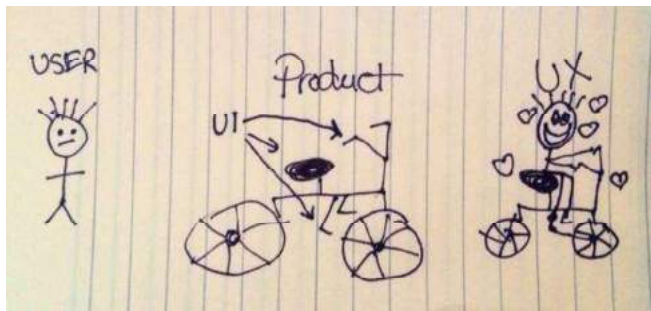
創意 → 原型 → 產品 → 銷售

- 在物聯網、大數據、AI、臨床效果之前必須要解決的許多「小問題」...

老闆和老師的掙扎...

WE ARE DESIGNERS!

UX: 使用者經驗設計



找到那個TRIGGER—
照護者才是最好的設計者！

英國的iPad Project

- 2014年，英國最大的非營利照護機構Anchor，兩年分階段將iPad引入到63家機構
- iPad主要應用在與現有照護活動的整合，從播放音樂、拍照，到遊戲、線上購物、使用地圖，到應用於失智症非藥物治療中的懷舊治療、藝術治療（繪畫、唱歌），形式包括個人活動及群組活動
- 2017年計畫評估報告顯示，幾乎所有養護機構都仍在使用iPad，近60%機構幾乎每天使用
- 照護人員表示，引入iPad後有效地提升照護活動品質、豐富了住民生活、減低了照護壓力



未來的世界需要跨域創新的人才—TRANSDISCIPLINARY TALENT



<http://irisclassroom.com/>

T-shaped

Pi-shaped

Comb-shaped

「設計」是跨域創新的共同語言！

YZU d.sch
Gerontechnology

- 18小時跨領域工作坊
- 老人福祉科技學分學程
- 創新產品設計碩士學程

Thank you

超越傳統領域的學習
真實世界的問題和經驗

專題演講

長期照顧服務法通過後的
機構評鑑

I. 長期照顧機構評鑑規劃

衛生福利部

周道君 副司長

專題演講

長期照顧服務法通過後的
機構評鑑

II. 住宿式長期照顧機構

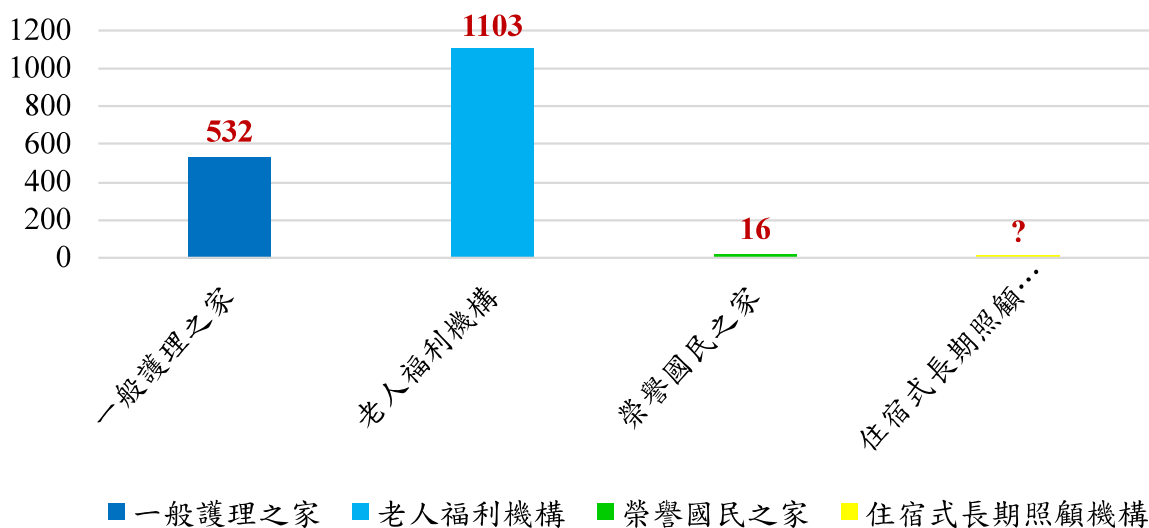
國立陽明大學臨床護理研究所
林麗嬋 特聘教授

長期照顧服務法通過後的機構評鑑 住宿式長期照顧機構評鑑規劃

陽明大學臨床護理研究所 特聘教授
台灣長期照護專業協會 常務理事
林麗嬋

現況 住宿式機構資源

單位：家數



資料來源：長照協會自行整理(參考衛生福利部、國軍退除役官兵輔導委員會等)
備註：統計至2017年止

大眾都能同意的最低標準或以上

3

住宿式評鑑制度發展

不同體系住宿式機構評鑑發展期(1980-2009)

老人福利機構	一般護理之家	精神護理之家
<ul style="list-style-type: none">• 老人福利法第37條第二項規範• 老人福利法第48條規範評鑑結果與罰則• 評鑑執行權分屬中央與及地方• 2005委託台灣長期照護專業協會研擬指標• 每2009內政部修訂指標• 三年一次評鑑	<ul style="list-style-type: none">• 護理人員法第23條之一規範• 護理人員法第31條之2：評鑑不合格之罰則• 1999-2003年委託台灣長期照護專業協會研擬護理之家訪查指標• 2007年衛生福利部研擬一般護理之家評鑑指標• 2009首度進行全國評鑑• 每三年一次評鑑	<ul style="list-style-type: none">• 護理人員法第23條之一規範• 護理人員法第31條之2：評鑑不合格之罰則• 2007年衛福部進行全國實地訪查及輔導• 2007-2009年由縣市主管依護理人員法進行督考• 每三年一次評鑑

4

分久必合

2010整合式評鑑指標

5

住宿式評鑑制度發展

長期照顧服務法通過前住宿式機構評鑑基準整合期(2010-2016)

規劃評鑑指標整合

- 2010年委託台灣長期照護專業協會規劃長期照護機構評鑑整合建議方案
- 整合長期照護機構(老人福利機構、一般護理之家及榮民之家)之評鑑基準、作業程序、評鑑委員遴選機制及評鑑結果等

歷經中央相關部會凝聚共識，逐步納入各類長照機構評鑑制度

施行評鑑整合指標

- 2012年一般護理之家評鑑率先採用整合指標作為標準
- 2013年老人福利機構評鑑以整合指標作為標準
- 2014年全國榮譽國民之家以整合指標作為標準

隨後歷年即進行指標滾動式修正，以切合實務所需

全國一致衡量基準

- 至2016年，全國老人福利機構、一般護理之家評鑑皆全面以整合指標作為長照機構評鑑標準

6

合久必分

107年度住宿式長期照顧機構、一般護理之家、老人福利機構評鑑基準整合及試辦計畫

7

計畫背景

- 長期照顧服務法：2017年6月3日起正式施行
- 第39條明定：主管機關對長照機構應予輔導、監督、考核、檢查及評鑑
 - 健全長期照顧服務體系、確保照顧服務品質，以保障接受服務者之尊嚴與權益
- 第62條規定：該法施行前，已依其他法律規定，從事長照服務之護理之家、老人福利機構，仍得依原適用法令繼續提供長照服務

8

住宿式評鑑制度發展

長期照顧服務法實施後住宿式機構評鑑變革期(2017-迄今)

	住宿式長照服務機構	老人福利機構(維持)	一般護理之家(修訂)	精神護理之家(修訂)
2017年	無	<ul style="list-style-type: none"> •五大面向、計100項指標 •A.行政組織與經營管理 •B.生活照顧及專業服務 •C.環境設施及安全維護 •D.權益保障 •E.改進創新 	<ul style="list-style-type: none"> •五大面向、計35項指標 •A.行政組織與經營管理 •B.專業服務與生活照顧 •C.環境設施與安全維護 •D.權益保障 •E.改進或創新 	<ul style="list-style-type: none"> •五大面向、計43項指標 •A.行政管理 •B.照護服務 •C.環境設施 •D.權益保障 •E.創新改革
2018年	住宿式長照服務機構	老人福利機構(維持)	一般護理之家(修訂)	精神護理之家(修訂)
	無	<ul style="list-style-type: none"> •五大面向、計100項指標 •A.行政組織與經營管理 •B.生活照顧及專業服務 •C.環境設施及安全維護 •D.權益保障 •E.改進創新 	<ul style="list-style-type: none"> •四大面向、計22項指標 •A.行政組織、經營管理與服務對象權益保障 •B.專業服務與生活照顧 •C.環境設施與安全維護 •D.創新改革 	<ul style="list-style-type: none"> •四大面向、計43項指標 •A.行政管理效能 •B.專業照護品質 •C.安全維護及設施設備 •D.個案權益保障

9

現行不同體系住宿式機構評鑑評鑑作業程序之比較

項目	住宿式長照機構	老人福利機構	一般護理之家
依據	長期照顧服務機構評鑑辦法	(一)老人福利法第三十七條第二項。 (二)老人福利機構評鑑及獎勵辦法第五條第二項	護理機構評鑑辦法第四條 規定訂定本作業程序
評鑑目的	一、評量長照機構效能。二、提升長照服務品質。三、提供民眾長照選擇	為保障老人權益，促進老人福利機構業務發展與經營管理理念，提升機構服務品質以確保受服務者在機構得到整體性之服務	一、評量一般護理之家效能。 二、提升照護服務品質。 三、提供民眾一般護理之家選擇
委員組成	由衛福部聘請醫護、管理、社會工作與環境安全之專家學者及具長照服務實務經驗者為評鑑委員	(一)衛福部及其他相關機關代表五人或六人 (二)老人福利相關領域學者八人至十人。 (三)五年以上老人福利實務經驗之專家五人至八人。	由衛福部聘請醫護、管理與環境安全之專家學者及具護理機構實務經驗者為評鑑委員
實地評鑑委員組成	—	五名(管理：1名、醫護：2名、社工：1名)消防安全、建築物安全及機構無障礙設施等指標由各直轄市、縣(市)消防局及建築管理單位指派代表評核。	四名(管理：1名、醫護：2名、環境安全：1名)

10

項目	住宿式長照機構	老人福利機構	一般護理之家
評鑑作業程序公告期	於評鑑實地訪查起始日三個月前公告	於實地評鑑起始日一年前公告	於評鑑實地訪查起始日三個月前公告
評鑑基準公告期	主辦機關應於評鑑實地訪查前一年十二月公告之	於實地評鑑起始日一年前公告	中央主管機關應於評鑑實地訪查前一年十二月公告之
評鑑項目	一、經營管理效能。 二、專業照護品質。 三、安全環境設備。 四、個案權益保障	(一)行政組織及經營管理 (二)生活照顧及專業服務 (三)環境設施及安全維護 (四)權益保障 (五)改進創新	一、經營管理效能。 二、專業照護品質。 三、安全維護及設施設備。 四、個案權益保障。 五、創新照護措施。 護理機構非屬收住式者，其評鑑得不包括前項第三款及第五款所定項目。
評鑑時間		一、預備會議：5分鐘 二、介紹人員：5分鐘 三、受評機構簡報：10分鐘 四、實地查核及書面資料查閱 120分鐘 五、評鑑小組討論：15分鐘 六、綜合座談：25分鐘	一、會前會：10分鐘 二、受評機構簡報：10分鐘 三、災害情境演練及測試：30分鐘 四、實地訪視資料查閱、人員晤談 100分鐘 五、委員討論：20分鐘 六、綜合座談：20分鐘
評鑑效期	四年	三年	四年
評鑑結果	合格、不合格	等第	合格、不合格

指標越少越好???

現行不同體系住宿式機構評鑑評鑑基準之比較

類別	住宿式長照機構	2016年老人福利機構評鑑基準	2018年一般護理之家評鑑基準	說明
指標項數	四大面向	五大面向/計100項指標	四大面向/計22項指標	
一、二級		共23項，A：5項；B：3項；C：14項；D：1項	共11項，A：4項；B：3項；C：3項；D：1項	
指標內容 A	經營管理效能	A、行政組織及經營管理(計23項) A1 行政制度(11項) A1.1工作手冊及行政管理規定 A1.2入出機構之管理(二級) A1.3定期召開服務品質會議及其辦理情形 A1.4業務計畫及營運(或政策)方針之擬訂與執行情形 A1.5機構履行營運擔保金設置情形 A1.6收受捐贈財物之使用及徵信情形 A1.7過去3年接受目的事業主管機關查核缺失改善情形 A1.8機構文書、文件處理及保管情形 A1.9機構內性侵害及性騷擾事件防治機制建置情形 A1.10意外或緊急事件處理情形 A1.11機構服務績效自評情形 A2 員工制度(12項) A2.1業務負責人設置情形(一級) A2.2社會工作人員設置情形(一級) A2.3護理人員設置情形(一級) A2.4兼任(特約)專業人員設置情形 A2.5照顧服務員設置情形(一級) A2.6配合主管機關填報各項報表情形 A2.7工作人員權益相關制度訂定及執行情形 A2.8工作人員勞動條件符合法令情形 A2.9工作人員定期接受健康檢查情形 A2.10新進工作人員職前訓練情形 A2.11在職教育訓練計畫訂定及辦理情形 A2.12廚工及供膳人員領照及接受教育訓練情形	A、行政組織、經營管理與服務對象權益保障(計14項) A1 行政制度及人員管理(5項) A1.1過去查核缺失及建議事項改善情形 A1.2機構(業務)負責人實際參與行政作業與照顧品質管理情形(一級) A1.3依法配置專任人員情形(一級) A1.4工作人員權益相關制度訂定及執行情形 A1.5訂定符合機構住民及需要之緊急災害(EOP)持續運作計畫及作業程序，並落實演練(一級) A2 服務對象管理及權益保障(9項) A2.1服務對象個案資料管理、統計分析與應用及保密情形 A2.2意外或緊急事件處理情形 A2.3提供緊急送醫服務情形 A2.4防疫機制建置情形(二級) A2.5服務對象膳食及菜單擬定並提供個別化飲食情形 A2.6 尊重服務對象信仰情形 A2.7提供緩和及醫療及臨終照護措施 A2.8社區資源聯結及運用情形 A2.9與家屬(親友)互動及提供服務情形	2018年護理之家評鑑指標： 1. A大項行政組織經營管理與原D大項與服務對象權益保障合併，訂為A行政組織、經營管理與服務對象權益保障 2. A1行政制度與原A2員工制度合併為A1.1、A1.2、A1.3、A1.4 3. 人員配置情形合併為A1.3 4. 服務對象權益保障合併為A2.1、A2.7、A2.8 5. A1.5原為C2.4，合併至A1行政制度及人員管理項目中

類別	住宿式長照機構	2016年老人福利機構評鑑基準	2018年一般護理之家評鑑基準	說明
指標內容 B (1/2)	專業照顧品質	B、生活照顧及專業服務(計37項) B1 社工服務(8項) B1.1個案服務計畫與評值及管理情形(二級) B1.2服務對象個案資料管理、統計分析與應用及保密情形(二級) B1.3機構資訊化建置及管理情形 B1.4服務對象適應輔導或支持措施 B1.5跨專業整合照護執行情形 B1.6服務對象團體或社區活動辦理情形 B1.7社區資源聯結及運用情形 B1.8與家屬(親友)互動及提供服務情形 B2 醫護、復健及緊急送醫服務(17項) B2.1提供服務對象例行及必要之醫療服務情形 B2.2防疫機制建置情形(二級) B2.3服務對象處方藥品安全管理情形 B2.4提供服務對象藥事服務情形 B2.5服務對象跌倒預防、處理及監測情形 B2.6服務對象壓瘡預防、處理及監測情形 B2.7服務對象疼痛偵測與處置情形 B2.8服務對象約束處理及監測情形 B2.9服務對象感染預防、處理及監測情形 B2.10服務對象非計畫性住院處理及監測情形 B2.11服務對象非計畫性體重改變處理及監測情形 B2.12提供移除鼻胃管之增進照護計畫及執行情形 B2.13提供移除導尿管機能增進的照護計畫及執行情形 B2.14服務對象健康檢查及健康管理情形 B2.15侵入性照護之執行情形 B2.16提供緊急送醫服務情形 B2.17服務對象及工作人員接受疫苗注射情形	B、專業服務與生活照顧(計4項) B1個案服務需求評估及擬定計畫(二級) B2提供護理照護措施之執行情形(二級) B3提供服務對象之例行醫療、藥事、營養服務及跨專業整合照護等執行情形 B4訂有服務對象之品質監測指標(二級)	2018年護理之家評鑑指標： 1. B2：合併原B2.15 2. B3：合併原B1.5、B2.4、B2.16 3. B4：各項品質監測指標合併為一項(原B2.5-B2.13)

類別	住宿式長照機構	2016年老人福利機構評鑑基準	2018年一般護理之家評鑑基準	說明
指標內容 B (2/2)		B3 生活照顧與輔具服務(7項) B3.1提供服務對象下床服務情形 B3.2提供服務對象翻身拍背服務情形 B3.3提供有失禁之虞服務對象定時如廁服務情形 B3.4提供服務對象清潔服務情形(含身體、寢具及衣物) B3.5提供重度失能臥床服務對象日常活動情形 B3.6提供服務對象自我照顧能力之協助與促進情形 B3.7服務對象生活輔助器具及休閒娛樂/體能活動設施設備情形 B4 膳食服務(5項) B4.1服務對象膳食及菜單擬定情形 B4.2提供個別化飲食情形 B4.3服務對象營養評估及紀錄情形 B4.4管灌服務對象餵食情形 B4.5依服務對象個別需要提供適宜餐具及容器情形		
指標內容 C (1/2)	安全環境設備	C、環境設施及安全維護(計26項) (占評分總分25%) C1 環境設施(16項) C1.1機構房舍總樓地板面積及使用現況符合法規情形(一級) C1.2房舍及設備之維護與堪用情形 C1.3寢室設施、採光、照明及通風設備情形(二級) C1.4公共空間採光、照明及通風設備情形 C1.5儲藏設施設置情形 C1.6交通設備配置及保養情形 C1.7餐廳設備、環境清潔衛生情形 C1.8日常活動空間(如閱覽區、活動區、會客區)及設施、設備設置情形 C1.9寢室及浴廁緊急呼叫系統設置情形(一級) C1.10無障礙通路設置情形(二級) C1.11樓梯設置情形(二級) C1.12昇降設(電梯)設置情形(二級) C1.13無障礙浴廁的設置情形(二級) C1.14廚房清潔衛生情形(二級) C1.15污物處理空間設置情形 C1.16洗澡設備設置情形	C、環境設施與安全維護(計3項) C1 疏散避難系統及等待救援空間設置(一級) C2 訂定符合機構住民之疏散策略及持續照顧作業程序，並落實照顧人力之緊急應變能力(一級) C3 訂有機構特性之夜間災害情境緊急應變之模擬演練計畫並依情境實地抽測演練(一級)	2018年護理之家評鑑指標： 1. 加強 安全維護、夜間災害情境緊急應變之模擬演練 2. 排除環境設施、衛生防護

類別	住宿式長照服務機構	2016年老人福利機構評鑑基準	2018年一般護理之家評鑑基準	說明
指標內容 C (2/2)		C2 安全維護(4項) C2.1建築物公共安全檢查簽證申報情形(一級) C2.2消防安全設備設置、檢修申報及管理情形(一級) C2.3疏散避難逃生系統設置情形(一級) C2.4訂定符合機構特性及需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練(一級) C3 衛生防護(6項) C3.1隔離空間設置及使用情形 C3.2機構環境清潔及病媒防治措施情形 C3.3設備、儀器維護及辦理人員操作訓練情形 C3.4護理站設施設備設置情形(一級) C3.5事業廢棄物處理情形 C3.6機構飲用供水設備安全及清潔情形(二級)		
指標內容 D	個案權益保障	D、權益保障(計12項) D1服務對象保證金儲存情形 D2服務單位辦理安全保險事項情形 D3與入住委託人訂立契約情形 D4收費標準訂定情形 D5生活公約或權益規範訂定情形 D6服務對(家屬)申訴意見反應辦理情形 D7尊重服務對象信仰情形 D8居家情境佈置情形(二級) D9服務對象財物管理及死亡遺產處理情形 D10提供服務對象臨終關懷照顧及協助處理喪葬事宜情形 D11辦理服務滿意度調查情形 D12平等使用生活空間與設備情形	服務對象權益保障合併至 行政組織、經營管理與服務對象權益保障 為A2.1、A2.7、A2.8	
指標內容 E		E、改進創新(計2項) E1前次評鑑建議事項改善情形 E2創新措施及執行情形	D、創新改革(計1項) D1創新或配合政策執行(二級)	2018年護理之家評鑑指標：原E1列為A1.1

問題



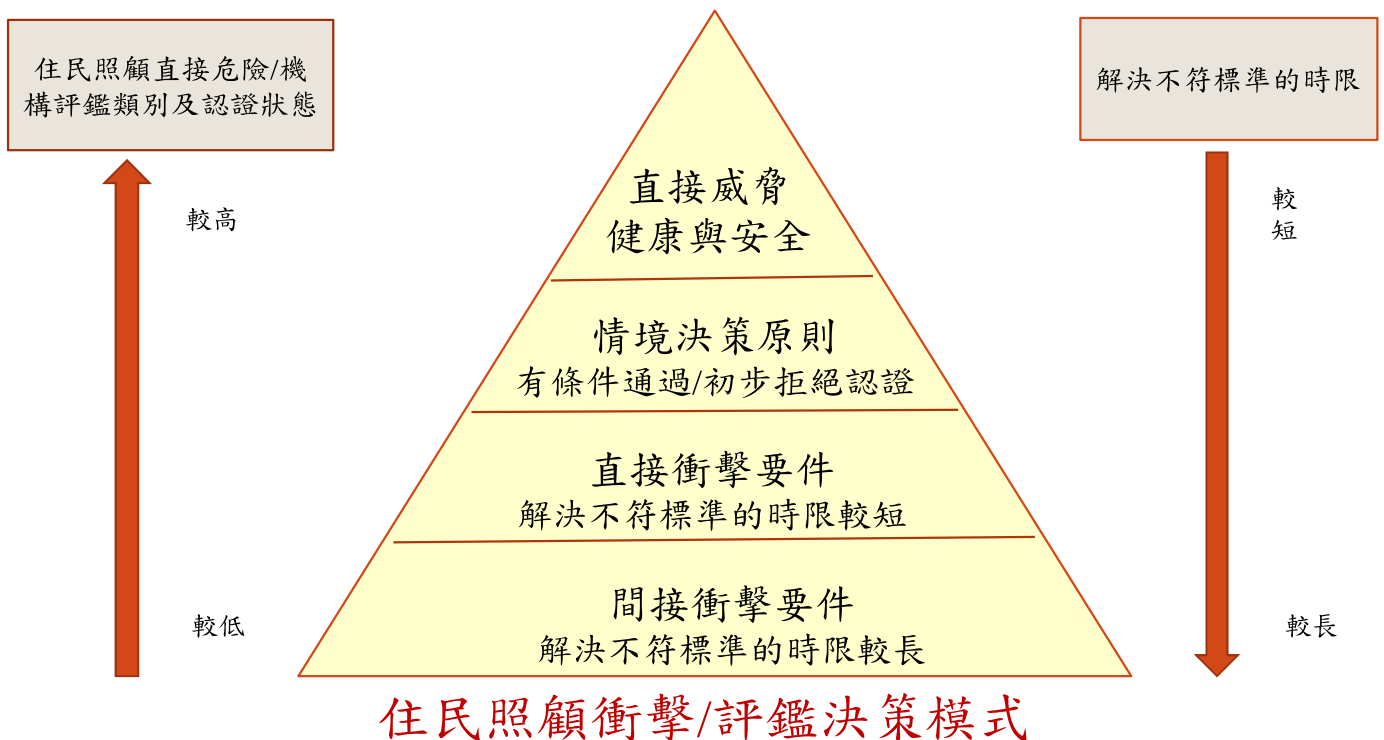
◆ 評鑑實務操作

- 評鑑委員組成、實地評鑑委員、作業程序公告期、評鑑基準公告期、評鑑項目、評鑑效期、評鑑結果不一
- 評鑑基準不一
 - 面向
 - 題數
 - 一、二級指標
- 實地評鑑時間雷同，操作內容不一
- 安全環境設備定義不一
 - 安全環境
 - 防疫
 - 衛生防護

◆ 理論架構

- 評鑑指標理論架構不明

17



18

評鑑基準整合原則 (1/2)

- 參照JACHO Standards for long term care (2012)，以老人福利機構評鑑基準及一般護理之家評鑑基準為主發展。
- 評鑑基準朝**簡化**調整，**以服務品質面**為重點進行規劃，亦保有新增指標之彈性。
- **評鑑指標刪減原則**：
 - 立案標準有規定者，原則上不列入評鑑項目，**但下列情形不在此限如**：
 - 人員、平面圖等有違規使用**之虞**。
 - 地方政府例行性行政查核回歸地方政府，不列入評鑑項目。
 - 屬於目的事業主管機關項目，非針對機構內部的規定，不列入評鑑項目。

評鑑基準整合原則 (2/2)

- 行政院106年12月核定之「強化長期照顧機構公共安全推動方案」，其中有明列應增列於評鑑指標的項目，如：
 - 用電設備定期查檢並留有紀錄、逃生動線合宜並與計畫書一致...等，應同時考量規劃於評鑑基準中。
 - 納入CRPD(身心障礙者權利公約)強化社會參與、促進自立支援及表達生活安排意願等意涵。
 - 無障礙設施的通用設計。

各類型機構評鑑項次對照表

項目	現行老人福利機構 評鑑基準	108年一般護理之家 評鑑基準	住宿式長照機構評鑑基準 規劃方案
評鑑 項數	A行政組織及經營管理：23 項 B生活照顧及專業服務：37 項 C環境設施及安全維護：26 項 D權益保障：12項 E改進創新：2項 合計：100項	A1行政制度及人員管理：5項 A2服務對象管理及權益保障：9 項 B專業服務與生活照顧：4項 C環境設施與安全維護：3項 D創新改革：1項 合計：22項	經營管理效能：9項 專業照護品質：29項 安全環境設備：16項 個案權益保障：9項 合計：63項 加減分項目：2項
評鑑 整合 情形	<ul style="list-style-type: none"> ●經營管理效能：25項 (A行政組織及經營管理、 E改進創新) ●專業照護品質：37項 (B生活照顧及專業服務) ●安全環境設備：26項 (C環境設施及安全維護) ●個案權益保障：12項 (D權益保障) 	<ul style="list-style-type: none"> ●經營管理效能：5項 (A1.1~A1.4、D1) ●專業照護品質：10項 (A2.2~A2.5、A2.8、B1~B4) ●安全環境設備：4項 (A1.5、C1~C3) ●個案權益保障：3項 (A2.1、A2.6、A2.7) ➢ 整併：原30項整併為8項 ➢ 整併項目見下述。 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 保留(文字調整)：42項 ➢ 修改：4項 ➢ 整併：原39項整併為 17項 ➢ 刪除：17項(其中1項 創新措施及執行情形 改列加分題) ➢ 整併項目見下述。

21

試評結果報告

試評機構指標達C(含)以上之項數統計

達成機構比率	指標大項 總計 (63項)	壹、經營管 理效能 (9項)	貳、專業照 護品質 (29項)	參、安全環 境設備 (16項)	肆、個案 權益保障 (9項)
未達30%	2	2			
30%(含)以上，未滿50%	2	1		1	
50%(含)以上，未滿60%	3	1		2	
60%(含)以上，未滿70%	2		1	1	
70%(含)以上，未滿80%	6	1		5	
80%(含)以上，未滿90%	16	2	9	5	
90%(含)以上，未滿100%	15		13		2
100%	17	2	6	2	7

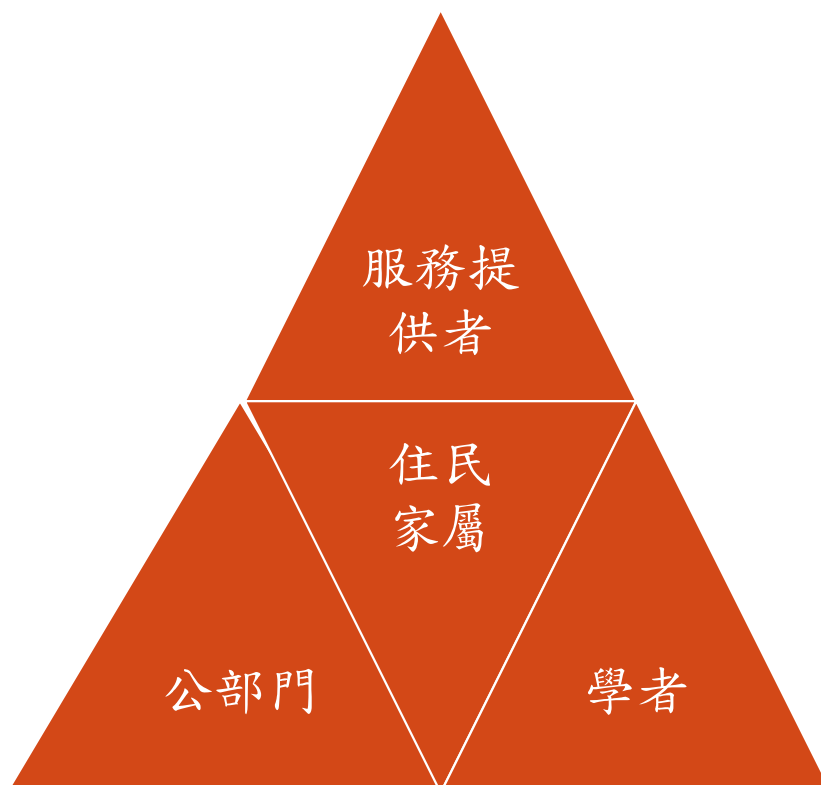
22

規劃反思

- 隱劣揚優 vs 大鍋飯
- 照顧的核心價值
 - 多元 vs 公安
- 評鑑指標
 - 長裙 vs 迷你裙

23

照顧品質 - 誰的需要???



24

Thank you for your attention

專題演講

長期照顧服務法通過後的
機構評鑑

III. 居家、社區式長期照顧機構
評鑑-以臺北市為例

國立陽明大學衛生福利研究所
吳肖琪 教授

居家、社區式長期照顧機構評鑑 -以臺北市為例

吳尚琪

國立陽明大學衛生福利研究所 教授
社團法人台灣長期照護專業協會 常務理事
社團法人台灣長期照護專業學會 常務理事

日期：108年4月27日(週六) 11:40-12:00

1

LTCAA Long Term Care Academic Association

致謝

• 臺北市政府社會局



- 107年度委託「台灣長期照護專業學會」辦理「臺北市居家式、社區式及其綜合式長期照顧機構評鑑」
 - 計畫主持人：吳尚琪常務理事
 - 協同主持人：林麗嬋常務理事
 - 專家委員：周麗華理事長、林昱宏委員、柯宏勳委員
 - 臺北市居家服務、日間照顧中心、小規模多機能、團體家屋等優秀服務單位
 - 朱凡欣副秘書長、會務人員協助

2

監督與改善品質

• 機構內控：品質提升機制

- 設立品質管控系統—與機構組織、政策、活動、資源利用結合
- 實際操作或運用(感控、意外事件...之SOP；品管圈)、演練

• 政府外控：品質行動

- 設立照護標準、制定照護規範、標準、要件及原則、建立抽審、訪查、督考、評鑑、品質公開、輔導等制度

3

監督與改善品質-誰的責任

顧客-權益保障

- 確保被照顧之品質與安全

機構-內控

- 確保機構有競爭力，瞭解競爭的優勢與價值
- 提升整體照顧服務

政府-外控 (教育訓練、監督、評鑑、輔導改善)

- 確保民眾權益與人身安全
- 促進老人福利機構業務發展與經營管理理念
- 確保民眾有品質的整體性服務
- 避免意外、群聚感染等的發生
- 提供訊息幫助重要決策(教育訓練、標準修訂)
- 改進方案的指引

4

長照服務法

- 民國91年11月 台灣長照專業協會倡議推動-整合長照相關法規

- 垂直與水平的公平
- 各類機構品質的一致(教育訓練、輔導與評鑑)
- 縮小城鄉差距 (提供資源缺乏區或獎勵措施)
- 較缺乏的服務項目(提供資源缺乏項目獎勵措施)



- 民國104年5月15日立法通過，6月3日總統令

- 民國105年10月6日 部分條文修正105/10/6

- 定明該法施行前，已依老人福利法、護理人員法及身心障礙者權益保障法設立機構住宿式長照服務之私立機構，除有機構擴充或遷移之情事外，不受法人化限制；並刪除長照機構法人設立等事項立法之期限。（修正條文第22條）
- 定明該法施行前，已依其他法律規定從事該法所定長照服務者，仍得依原適用法令繼續提供長照服務；並刪除該法施行後5年內緩衝期之改制及準用規定。（修正條文第62條）
- 四、定明該法修正條文之施行日期。（修正條文第66條）

法源依據

- 評鑑辦理依據：

- 「長期照顧服務法」

- 第39條-主管機關對長照機構應予輔導、監督、考核、檢查及評鑑。

- 「長期照顧服務機構評鑑辦法」

- 第3條-主管機關辦理社區式、居家式及含社區式及居家式之綜合式長照機構之評鑑

- 第7條第4項-長照機構評鑑作業程序，主辦機關應於評鑑實地訪查起始日三個月前公告之

臺北市作法

- 指標參考過去督考訪查辦理情形，並辦理專家、公眾討論會議訂定：
 - 老人日間照顧中心及服務中心續約評鑑**行政指標**(行政A表)
 - 老人日間照顧中心及服務中心續約評鑑**老人服務中心**服務指標(服務甲表)
 - 老人日間照顧中心及服務中心續約評鑑**日間照顧中心**服務指標(服務乙表)
 - 公辦民營暨方案委託老人服務中心及日間照顧中心績效考核指標
 - 公辦民營老人服務暨日間照顧中心季訪查表
 - 公辦民營/方案委託老人服務暨日間照顧中心年度輔導查核暨公共安全檢查紀錄表 (建管、消防、勞動局、衛生局聯合稽查)
 - **社團法人台灣長期照護專業協會於103年度承接衛生福利部委託科技研究計畫_長照機構(居家式、社區式)評鑑指標規劃之試評指標**

居家式、社區式及其綜合式機構類型

- 居家式機構
 - 居家服務
 - 居家服務併居家護理
 - 居家服務併居家復健
 - 居家服務併居家護理及居家復健
- 社區式機構
 - 日間照顧中心
 - 小規模多機能
 - 家庭托顧(日間4所)
 - 團體家屋(24小時)

評鑑項目

一	經營管理效能
二	專業照護品質
三	安全環境設備
四	個案權益保障

9

評鑑指標項數

評鑑項目項數	居家服務	日間照顧	小規模多機能	團體家屋	家庭托顧
總計	28	42	44	57	19
個案權益保障	4	4	4	7	7
專業照護品質	10	18	19	15	3
(一)評估與處遇	8	6	7	--	--
(二)健康生活照顧	2	11	11	--	--
(三)執行服務品管指標	--	1	1	--	--
經營管理效能	14	14	14	14	5
(一)行政制度	6	5	6	--	--
(二)服務人員管理	6	6	6	--	--
(三)財務管理	1	1	1	--	--
(四)緊急事件管理	1	2	1	--	--
安全環境設備	--	6	7	18	4
加分題	--	--	--	3	--

評鑑指標(1/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
1	專業(護或社)	1. 服務資訊公開	社工	1. 服務資訊公開	社工	1. 服務資訊公開	管理	A1. 工作手冊及行政管理規定	管理	111. 工作手冊
2	專業(護或社)	2. 意見反應/申訴機制的訂定與處理情形	社工	2. 意見反應/申訴機制的訂定與處理情形	社工	2. 意見反應/申訴機制的訂定與處理情形	管理	A2. 入出機構之管理	管理	112. 每年健康檢查及施打疫苗
3	專業(護或社)	3. 服務契約簽訂情形	社工	3. 服務契約簽訂情形	社工	3. 服務契約簽訂情形	管理	A3. 定期召開服務品質會議及其辦理情形	管理	121. 服務機構財務管理

11

評鑑指標(2/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
4	專業(護或社)	4. 個人資料管理與保密性	社工	4. 個人資料管理與保密性	社工	4. 個人資料管理與保密性	管理	A4. 業務計畫及營運(或政策)方針之擬訂與執行情形	管理	131. 申訴或意見反應管道及流程
5	專業(護或社)	5. 服務對象評估	社工	5. 服務對象評估	社工	5. 服務對象評估	管理	A5. 過去4年接受目的事業主管機關查核缺失改善情形	管理	132. 業務配合度
6	專業(護或社)	6. 照顧計畫	社工	6. 照顧計畫	社工	6. 照顧計畫	管理	A6. 機構內性侵害及性騷擾事件防治機制建置情形	管理	211. 意外及緊急事件處理及追蹤

12

評鑑指標(3/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
7	專業(護或社)	7. 追蹤評值	社工	7. 追蹤評值	社工	7. 追蹤評值	管理	A7. 意外或緊急事件處理情形	管理	212. 緊急疏散逃生訓練演習
8	專業(護或社)	8. 照顧服務員之服務執行	社工	8. 服務對象研討辦理情形	社工	8. 服務對象研討辦理情形	管理	A8. 業務負責人設置情形	管理	213. 性侵害及性騷擾事件防治
9	專業(護或社)	9. 服務對象研討辦理情形	社工	9. 督導機制辦理情形	社工	9. 督導機制辦理情形	管理	A9. 專業人員設置情形	專業(護或社)	311. 置有簡易的急救箱

13

評鑑指標(4/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
10	專業(護或社)	10. 居家服務過程督導機制	社工	10. 訂定開案/收案、轉介、暫停服務與結案相關辦法	社工	10. 訂定開案/收案、轉介、暫停服務與結案相關辦法	管理	A10. 照顧服務員設置情形	管理	321. 辦理安全保險事項情形
11	專業(護或社)	11. 督導機制辦理情形	護理	11. 維持自我照顧能力	護理	11. 照顧服務員之服務執行(居服)	管理	A11. 工作人員權益相關制度訂定及執行情形	管理	322. 消防設施與消防器材符合規定
12	專業(護或社)	12. 訂定開案/收案、轉介、暫停服務與結案相關辦法	護理	12. 協助服藥	護理	12. 維持自我照顧能力	管理	A12. 工作人員定期接受健康檢查情形	專業(護或社)	323. 環境維護

14

評鑑指標(5/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
13	專業(護或社)	13. 安全看視	社工	13. 服務對象團體活動辦理情形	護理	13. 協助服藥	管理	A13. 新進工作人員職前訓練情形	專業(護或社)	411. 個案照顧紀錄
14	專業(護或社)	14. 提供家屬支持性服務	護理	14. 安全看視	社工	14. 服務對象團體活動辦理情形	管理	A14. 在職教育訓練計畫訂定及辦理情形	專業(護或社)	412. 個案基本生理量測
15	管理	15. 業務計畫及營運(或政策)方針之擬定與執行情形	護理	15. 維護個人清潔衛生	護理	15. 安全看視	社護共評	B1. 個案服務計畫與評值及管理情形	專業(護或社)	413. 提供個人衛生清潔維護

15

評鑑指標(6/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
16	管理	16. 工作手冊及行政規範	護理	16. 提供營養餐點服務	護理	16. 維護個人清潔衛生	社工	B2. 服務對象適應輔導或支持措施	專業(護或社)	414. 設有休憩空間
17	管理	17. 行政會議辦理情形	護理	17. 提供適當之休閒及運動設施	護理	17. 提供營養餐點服務	社工	B3. 服務對象團體或社區活動辦理情形	專業(護或社)	415. 提供營養餐點服務
18	管理	18. 照管系統填報情形	社工	18. 辦理社會參與	護理	18. 提供適當之休閒及運動設施	社工	B4. 友善社區營造	專業(護或社)	416. 活動安排符合個案所需

16

評鑑指標(7/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
19	管理	19. 前次評鑑建議改善情形	社工	19. 提供家屬支持性服務	社工	19. 辦理社會參與	護理	B5. 防疫機制建置情形	專業(護或社)	421. 專業訓練規劃與執行情形
20	管理	20. 感管機制辦理情形	護理	20. 服務對象健康檢查及健康管理情形	社工	20. 提供家屬支持性服務	護理	B6. 服務對象處方藥品安全管理情形		
21	管理	21. 人力設置情形	護理	21. 防疫機制建置情形	護理	21. 服務對象健康檢查及健康管理情形	護理	B7. 提供服務對象藥事服務情形		

17

評鑑指標(8/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
22	管理	22. 服務人員教育訓練情形	護理	22. 執行服務品管指標	護理	22. 防疫機制建置情形	護理	B8. 服務對象跌倒預防、處理及監測情形		
23	管理	23. 專任服務人員年度留任率	管理	23. 業務計畫及營運(或政策)方針之擬定與執行情形	護理	23. 執行服務品管指標	護理	B9. 服務對象感染預防、處理及監測情形		
24	管理	24. 業務負責人執業能力	管理	24. 工作手冊及行政規範	管理	24. 業務計畫及營運(或政策)方針之擬定與執行情形	護理	B10. 服務對象健康檢查及健康管理情形		

18

評鑑指標(9/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
25	管理	25. 服務人員定期接受健康檢查情形	管理	25. 行政會議辦理情形	管理	25. 工作手冊及行政規範	護理	B11. 提供緊急送醫服務情形		
26	管理	26. 服務人員接受疫苗注射情形	管理	26. 器材維護與管理	管理	26. 行政會議辦理情形	護理	B12. 服務對象及工作人員接受疫苗注射情形		
27	管理	27. 健全的財務管理制度(本項公立機構不適用)	管理	27. 前次評鑑建議改善情形	管理	27. 器材維護與管理	護理	B13. 提供服務對象自我照顧能力之協助與促進情形		

19

評鑑指標(10/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
28	管理	28. 意外或緊急事件處理情形	管理	28. 人力設置情形	管理	28. 前次評鑑建議改善情形	社工	B14. 服務對象生活輔助器具及休閒娛樂/體能活動設施設備情形		
29			管理	29. 服務人員教育訓練情形	管理	29. 訂有寢室管理規範(夜宿)	護理	B15. 提供個別化飲食情形		
30			管理	30. 專任服務人員年度留任率	管理	30. 人力設置情形	環安	C1. 機構房舍總樓地板面積及使用現況符合法規情形		

20

評鑑指標(11/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
31			管理	31. 業務負責人執業能力	管理	31. 服務人員教育訓練情形	環安	C2. 寢室設施、公共空間之採光、照明及通風設備情形		
32			管理	32. 服務人員定期接受健康檢查情形	管理	32. 專任服務人員年度留任率	環安	C3. 餐廳、廚房之設備、環境清潔衛生情形		
33			管理	33. 服務人員接受疫苗注射情形	管理	33. 業務負責人執業能力	環安	C4. 日常活動空間(如閱覽區、活動區、會客區)及設施、設備設置情形		

21

評鑑指標(12/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
34			管理	34. 健全的財務管理制度(本項公立機構不適用)	管理	34. 服務人員定期接受健康檢查情形	環安	C5. 浴廁緊急呼叫系統設置情形		
35			管理	35. 意外或緊急事件處理情形	管理	35. 服務人員接受疫苗注射情形	環安	C6. 無障礙通路設置情形		
36			管理	36. 具有急救物品	管理	36. 健全的財務管理制度(本項公立機構不適用)	環安	C7. 樓梯設置情形		

22

評鑑指標(13/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
37			環安	符合高齡友善環境	管理	意外或緊急事件處理情形	環安	C8. 昇降設備(電梯)設置情形		
38			環安	設置盥洗衛生設備	環安	具有急救物品	環安	C9. 無障礙浴廁的設置情形		
39			環安	提供合宜之休息場所	環安	符合高齡友善環境	護理	C10. 洗澡設備設置情形		

23

評鑑指標(14/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
40			環安	40. 飲用水檢查	環安	40. 設置盥洗衛生設備	環安	C11. 建築物公共安全檢查簽證申報情形		
41			環安	41. 廚房衛生	環安	41. 提供合宜之休息場所	環安	C12. 消防安全設備設置、檢修申報及管理情形		
42			環安	42. 機構環境清潔及病媒防治措施	環安	42. 飲用水檢查	環安	C13. 疏散避難逃生系統設置情形		

24

評鑑指標(15/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
43					環安	43. 廚房衛生	環安	C14. 訂定符合機構特性及需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練		
44					環安	44. 機構環境清潔及病媒防治措施	環安	C15. 訂定符合機構特性及需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練		
45							護理	C16. 機構環境清潔及病媒防治措施情形		

25

評鑑指標(16/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
46							護理	C17. 設置簡易急救箱		
47							護理	C18. 機構飲用供水設備安全及清潔情形		
48							社工	D1. 服務對象保證金儲存情形		
49							社工	D2. 服務機構辦理安全保險事項情形		

26

評鑑指標(17/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
50							社工	D3. 與入住委託人訂立契約情形		
51							社工	D4. 收費標準訂定情形		
52							社工	D5. 服務對象(家屬)申訴意見反應辦理情形		
53							社工	D6. 居家情境佈置情形		

評鑑指標(18/18)

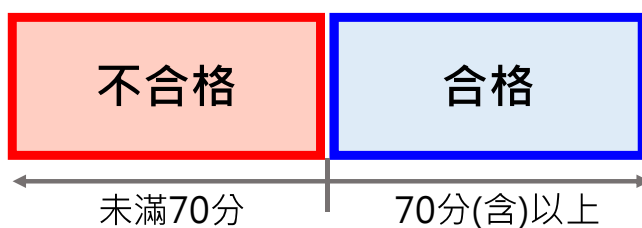
序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
54							社工	D7. 辦理服務對象家屬滿意度調查情形		
55							管理	E1. 業務配合度		
56							管理	E2. 創新服務		
57							管理	E3. 收容弱勢長者(低收、中低收及保護安置)		

省思一：評鑑多少題項數較好？

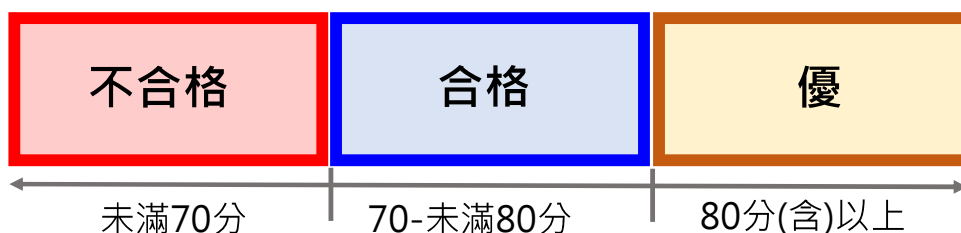
- 101年各類住宿型機構整併成100題左右
 - 現況：護理之家22題？長照機構50-60題？
- 併題？幾個單選題併成一題
 - 時間沒節省
 - 單選變複選，不易得分
- 刪題？
 - 刪100%達成？
 - 刪>90%達成？
 - 刪<20%達成？

29

省思二：評鑑成績，分2級VS3級



初次辦理!



鼓勵好品質!

- 分數計算以小數點以下兩位四捨五入
- 評鑑結果將俟評鑑申復結果通知受評機構30日後，由政府公告

30

省思三：評鑑委員的遴選

- 信度與效度!
 - 長照相關專業知識(整形外科?)
 - 長照領域相關經驗有鑑別度(只給高分? 分數偏低? 標準差很小?)
- 無競爭關係! 恪守利益迴避!
 - 同縣市VS同區他縣市VS不同區他縣市
- 恪守倫理、保密、公正
- 人格特質：和善且願意提供建議

省思四：品質要求循序漸進

客觀

- 硬體(動線流程)
- 設施設備(定期保養)
- 人員配置(資格、數量)
- 教育訓練(照顧技能、感控、防災、性平)
- 管理(意外事件、感控、財務、...)

主觀

- 民眾滿意度

照顧品質指標(發生率/改善率)

- 1.皮膚狀況/照護(Skin condition/care)
- 2.意外(Accident)
- 3.轉至急性照護
- 4.大小便控制(Bowel/bladder control)
- 5.行為及情感狀態(Behavioral and emotional patterns)
- 6.營養及攝食(Nutrition and eating)
- 7.用藥(Medication)
- 8.身體功能(Physical functioning)

- 9.疼痛(Pain)
- 10.管路使用/移除
- 11.接種疫苗**
- 12.照護執行(Care implementation)
- 13.照護結果改善(Care improvement)
- 14.認知功能(Cognitive function)
- 15.安全/環境(Safety/Environment)
- 16.資源使用

洪燕妮、陳麗華：研擬長期照護保險服務品質確保與提升機制之規劃；行政院衛生署 100 年度委託案

評鑑指標(9/18)

序號	居家服務		日間照顧		小規模多機能		團體家屋		家庭托顧	
	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容	專業類別	指標內容
25	管理	25. 服務人員定期接受健康檢查情形	管理	25. 行政會議辦理情形	管理	25. 工作手冊及行政規範	護理	B11. 提供緊急送醫服務情形		
26	管理	26. 服務人員接受疫苗注射情形	管理	33. 服務人員接受疫苗注射情形	管理	35. 服務人員接受疫苗注射情形	護理	B12. 服務對象及工作人員接受疫苗注射情形	管理	112. 每年健康檢查及施打疫苗
27	管理	27. 健全的財務管理制度(本項公立機構不適用)	管理	27. 前次評鑑建議改善情形	管理	27. 器材維護與管理	護理	B13. 提供服務對象自我照顧能力之協助與促進情形		

省思五：品質提升不能僅靠評鑑

- 配合四年一次評鑑
 - 不定期**抽審或訪視**
 - 每年**督考/訪查**
 - 機構**輔導**(消防、評鑑結果不及格)
- 教育訓練：
 - **部分課程E化：E learning 網站**(不同國籍之外籍看護工、本籍看護工、家庭照顧者)
 - 行政院人事行政總處規劃建置公部門數位學習資源整合平臺「e等公務園+學習平臺」
 - 開課或輔導：針對評鑑得分較低的項目
- 建立品質公開機制(供民眾查詢)-**須有完善的大數據**
- 民眾申訴管道

35

挑戰：品質、價格、與效率

- **品質與價格**通常存在正向關係？一分錢一分貨
 - 美國住院一日40萬元、台灣健保住院約1萬元/日，長照約3萬元/月
- **CP值高** (物美價廉)有可能不便宜
 - 喜來登十二廚龍蝦大餐！挑戰最高C P 值吃到飽

挑戰

- **核心價值**：需要符合**安全品質**
 - 餐廳無論是否有星或幾星級，不可以食物中毒、蟑鼠橫行
- **質量兼具**不一定貴
 - 大同電鍋、豆芽菜

36

Q & A

診所沒有評鑑為何長照機構要評鑑	長照服務法規定要評鑑	診所所有健保給付擇優特約
為何長照法規定要評鑑	失能者比病人更弱勢，更需要公權力介入	
住宿型長照機構品質未較醫院好	長照機構民眾自費	醫院有健保給付
評鑑結果分兩級或多級較好	優、甲、乙	合格與不合格
消防與評鑑同時評鑑或分開評鑑較好？	不同天	同一天
多少題項數較好	50-60題	22題
評鑑標準	相對值(八成通過)	絕對值

學術發表

臺北市社區、居家式長期照顧機構評鑑指標之建置

吳肖琪^{1,2} 林麗嬋^{2,3} 周麗華⁴ 朱凡欣⁵

國立陽明大學衛生福利研究所教授¹ 台灣長期照護專業學會常務理事²

國立陽明大學臨床護理研究所特聘教授³

台灣長期照護專業學會理事長⁴ 台灣長期照護專業學會專員⁵

摘要

前言：依據長期照顧服務機構評鑑辦法第3條，主管機關依法應辦理社區式、居家式及含社區式及居家式之綜合式長照機構之評鑑；爰此，臺北市政府社會局特別結合民間單位，發展出相關評鑑指標。**目的：**建置社區、居家式長期照顧機構合宜的評鑑指標。**工具與方法：**匯集臺北市社會局2018年老人安養暨長期照顧機構評鑑指標、臺北市公辦民營暨方案委託老人服務中心及日間照顧中心績效考核指標，以及相關文獻的指標；並聘請公共衛生、護理、社工、行政、職能治療等相關專業領域之專家學者，召開3次專家會議，擬定評鑑基準；另辦理公眾討論會，參採績優服務單位的建議後完成。**結果：**社區式服務單位包括日間照顧、小規模多機能、團體家屋、家庭托顧；居家式服務單位則包括居家服務、居家服務併居家護理、居家服務併居家復健、及居家服務併居家護理及復健；各類服務機構的評鑑指標題項分別為日間照顧42題、小規模多機能44題、團體家屋57題、家庭托顧19題、居家服務28題，併居家護理為38題、併復健32題、居家服務併護理及復健為39題；內容分為個案權益保障、專業照護品質、經營管理效能、安全環境設備四大構面。由於團體家屋與小規模多機能有夜宿服務，故對環境安全要求較高、題項較多；家庭托顧雖僅提供1-4位失能者日間照顧，然對其環境安全，仍要求要有火警偵測器與滅火器之設備。**建議：**居家失能者除接受居家服務外，極有可能同時有居家醫療、居家復能或居家營養等需要，如何以失能者為中心，進行跨團隊個案討論會議，將有利於跨專業人員橫向溝通互動，提升服務品質與效率。至於團體家屋，因服務性質特殊，盼宜釐清其服務型態之定位；而家庭托顧機構專任人力少，其所需之替代照顧人力亦應納入社會局之訓練與管理。

通訊作者：吳肖琪

通訊地址：112 臺北市北投區立農街二段 155 號

E-mail：scwu@ym.edu.tw

運用現實導向認知刺激介入社區失智症團體成效探討

陳珮儀¹ 陳英美² 袁旅芳³

臺北市內湖區健康服務中心護理師¹ 護理長² 主任³

摘要

前言：高齡海嘯來臨，臺灣即將進入超高齡社會，隨人口老化衍生長照需求，失智人口勢必逐年攀升，提升社區失智症照護品質正是本中心首要目標。據研究指出，現實導向(Reality Orientation, RO)有助於認知功能、憂鬱情緒、生活品質及溝通互動的改善，建議輕度至中度失智長者皆應參與 RO 認知刺激相關活動(Hopper et al., 2013; Spector, Orrell, Davies, & Woods, 2001; Spector et al., 2003; Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012)。現今國內仍無衛生所引用此模式於社區，爰此本中心引用現實認知刺激介入失智症團體，期能透過本研究提升社區失智症長者認知功能，達延緩失能、減少憂鬱程度、提升體能之效果。**研究方法：**本研究以臺北市內湖區輕、中度失智症長者為研究對象，運用 RO 認知刺激介入，共 17 名長者參與，其中輕度失智症 12 名、中度失智症長者 5 名，活動結合社區農園下田種菜、節慶做月餅及各式定向感置入多元化課程等，進行為期 12 次團體課程，以畫鐘測驗(Clock-test)、高齡功能性體適能評估、憂鬱量表為研究工具，研究目的探討對 RO 認知刺激介入社區失智症團體之成效：1. 認知功能、2. 憂鬱程度、3. 體適能。**研究結果：**依研究目的進行成效分析，經過 12 次的 RO 認知刺激團體活動後進行統計分析發現，失智症長者在認知功能、憂鬱程度及體適能均達顯著差異(*p-value <0.05)，表示本研究確實具改善認知功能、減輕憂鬱程度、提升體能之成效。**結論：**本中心以三段五級角度，從照護社區輕中度失智長者為出發點，連結社區共同經營，以現實導向認知刺激介入團體，成功讓失智症長者願意走出家門、獲得社區接納認同，由於國內仍無衛生所發展出此套照護模式介入失智團體，本中心將持續推廣，以蒲公英方式擴散社區，期盼未來更多社區據點引用，累積更多研究成果提供後續辦理活動之參考。

通訊作者：陳珮儀

通訊地址：114 臺北市內湖區民權東路六段 99 號二樓之 1

E-mail：pychen73@health.gov.tw

出院準備無縫銜接長照 2.0 試辦計畫成效初探-以某醫學中心為例

李秋華¹ 周香吟¹ 許惠凱¹ 李育珮²

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部護理師¹ 高雄市立大同醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)護理部副主任²

摘要

目的：探討某醫學中心出院準備無縫銜接長照 2.0 試辦計畫之成效分析。**方法：**以橫斷面研究法，調查南部某醫學中心自 2017 年 7 月至 2018 年 12 月出院準備無縫轉銜長照 2.0 服務共 363 位個案，進行資料分析。**結果：**363 位個案中，女性 192 位(52.9%)，平均年齡 77.0 歲，男性 171 位(47.1%)，平均年齡 73.9 歲。醫院出院準備評估需求申請後，長期照顧管理中心審核通過服務項目以照顧服務(30.4%)最多，其次為專業服務(26.5%)、交通接送服務(17.4%)、輔具服務(12.1%)、家庭照顧者支持性服務-喘息服務(10.8%)、居家無障礙環境改善服務(2.8%)。比較二年出院前完成評估轉介長照中心時效，在 2017 年為出院前 3.33 天(N=43)，2018 年為出院前 2.93 天(N=320)完成轉銜服務。接受無縫轉銜長照 2.0 服務個案於 3 日內再入急診率 2017 年為 4.7%(2 人/43 人)，2018 年下降至 3.1%(10 人/320 人)中；14 日非計畫性再入院率 2017 年為 7.0%(3 人/43 人)，2018 年下降至 6.3%(20 人/320 人)；30 日非計畫性再入院率 2017 年為 4.7%(2 人/43 人)，2018 年為 7.8%(25 人/320 人)。照顧者負荷指數分析，2017 年出院前平均 7.72 分，出院後降為 5 分；2018 年出院前平均 7.79 分，出院後 5 分。**結論：**本研究經由醫院出院準備團隊篩選個案及評估出院照護需求，即時轉銜長期照顧服務，延續病人返家後照顧服務，降低近期再入院的風險；同時也發現減輕了照顧者在個案出院返家照護上的身心壓力。醫院出院準備個案管師功能的發揮，使出院個案即時銜接照護資源，降低醫療資源成本，提升社區及長照資源利用，連結治療及照護，真正提供持續性及完整性照護理念。

關鍵字：出院準備、無縫接軌長期照顧、照顧者壓力

通訊作者：李育珮

通訊地址：807 高雄市三民區孝順街 5 巷 26 號五樓之 1

E-mail：830128@ms.kmuh.org.tw

介入技術混和性照護模式於高齡住院滿意度調查初探

林美珍 陳佩君 陳欣怡 賴韻容
衛生福利部南投醫院護理師

摘要

目的：依據 107 年內政部統計南投縣 65 歲老人口占 16.70%，老年人常因疾病問題須住院治療，相對住院期間照護需求增加，家屬面對照護高齡患者住院常有照顧困難之處，如：無法適時陪伴照顧、經濟壓力、相關管路照顧壓力...等，本院於 2018 年通過友善醫院認證，於本單位配置 19 位照服員，提供 24 小時一對多服務(1:4)，提供技術混合性照護模式，此模式主要以輔助人力執行非專業之護理照護工作，如：協助執行全關節運動、翻身擺位、維持身體清潔及協助進食，滿足患者基本生理需求。**方法：**本研究主要探討技術混和性照護模式介入對於高齡患者住院滿意度調查，期間為 2018 年 12 月至 2019 年 1 月，共收 45 份有效問卷進行單向 ANOVA、描述性統計分析。**結果：**高齡患者住院滿意度調查分析呈現：整體住院滿意度達 4.1 分；1.照服人員照護期間能主動自我介紹($p=0.383$)；2.照服人員執行晨間清潔($p=0.25$)；3.照服人員在協助進食、灌食及給餵藥能確實($p=0.003$)；4.照服人員能確實執行翻身擺位($p=0.025$)；5.照服人員在照護時能維護您的隱私及安全($p=0.114$)；6.使用呼叫鈴或需要服務時照服人員能立即回應及協助($p=0.026$)；7.住院期間，因有照服員協助照護，可減少家屬壓力($p=0.053$)；8.照服人員的專業能力(技術)良好($p=0.025$)，對住院整體滿意度標準差($p=0.758$)，是否會再度選擇本院的服務標準差($p=0.676$)。**結論：**技術混和性照護模式可有效整合病患照護需求，提供安全、溫暖的治療環境，可使家屬在照護需求上提供協助，針對滿意度結果，未來在照服員訓練上，需加強相關的在職教育課程。

關鍵字：技術混和性照護模式、住院滿意度

通訊作者：林美珍 通訊地址：542 南投縣草屯鎮太平路一段 443 巷 16 弄 2 號
E-mail：a0961004526@gmail.com.

以系統性文獻檢視居家血壓測量值與診間血壓測量值在高血壓個案之臨床應用

方柔雅¹ 文祺淋¹ 郭雅雯²
長庚科技大學嘉義分部護理系學生¹ 副教授²

摘要

前言：白袍高血壓是一種功能性高血壓，病患在診間測量血壓會發生血壓偏高狀況，但離開醫院血壓值又恢復正常。研究認為，此種型態高血壓與病患之焦慮有相關，病患常不自覺交感神經興奮致使血壓升高。本文旨在比較居家血壓測量值與診間血壓測量值對高血壓個案於臨床血壓之差異與臨床意義。**方法：**以系統性文獻回顧搜尋 1999 年至 2018 年 CEPS (Chinese Electronic Periodical Services)、PubMed、CINAHL、Cochrane 資料庫實證文獻，運用中文關鍵字高血壓個案、居家血壓、診間血壓、白袍血壓；英文關鍵字 hypertension client、home blood pressure、Clinic blood pressure and white coat blood pressure，選擇隨機臨床試驗研究，共獲 197 篇相關文獻，經扣除重複、文章篩選及品質評價，共有 8 篇文獻符合標準，以 Critical appraisal skill program(CASP)及 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 評定其研究品質及證據等級。CASP 研究品質評分，具 11 分共有 3 篇，10 分共有 5 篇；Oxford 評分等級 1b 共有 5 篇、2b 共有 3 篇，屬於中高品質實證研究。**結果：**居家測量血壓值與診間測量血壓值對高血壓個案而言，於患病率可下降 19.6%；比較 24 小時監測，於居家測量的血壓比診間測量的血壓更可準確診斷高血壓，並可作為治療調整之依據；對於腎臟移植且有高血壓之個案，更應以居家測量血壓值作為治療之參考，因居家測量之血壓與診間血壓值間差異達 42%。**結論／實務應用：**依實證結果，居家血壓值比診間血壓值可更準確診斷及做為調整血壓之參考；建議健康照護者應重視並衛教高血壓個案於居家進行血壓測量，且應於治療過程中持續進行監測；如可於治療過程配合 24 小時之血壓監測，將可對於血壓治療及控制有更好的成效。

關鍵字：高血壓個案(hypertension client)、居家血壓(home blood pressure)、診間血壓(Clinic blood pressure)、白袍高血壓(white coat blood pressure)

通訊作者：郭雅雯 通訊地址：613 嘉義縣朴子市嘉朴路西段 2 號護理系
E-mail：ywkuo@mail.cgust.edu.tw

運用精神科專業介入對居家主要照顧者照護負荷成效之初探

傅婕¹ 徐民怡¹ 張簡德璋²

義大醫療財團法人附設義大居家護理所護理師¹

義大醫療財團法人義大醫院精神科醫師²

摘要

背景:居家照護服務是指系統性的提供活動局限於在家或失能者有關之健康照護及社會服務，因應台灣高齡者日益增加，加以近年在宅老化的趨勢下，居家照護服務的需求與日俱增，伴隨著的是主要照顧者所承受巨大的照顧負荷，長期處在慢性壓力之下，除影響本身之生活負荷、人際關係、社交生活與經濟負荷外，更明顯影響病患的生理機能及生活品質，主動提供主要照顧者專業的精神諮商，將是減輕照顧者負荷的方法之一。

方法:本研究由 2018 年 1 月至 12 月於南部某區醫院附設居家護理所接受居家照護個案 152 人中進行收案，對象排除主要照顧者為聘僱的照護人員、無法以國台語溝通者之主要照顧者、主要照顧者提出需求及居家護理師評估有需求之主要照顧者，共收案 34 人。由精神科專科醫師負責執行，於訪視過程會與主要照顧者進行三十分鐘至六十分鐘之訪談，在提供精神專科諮商介入性措施前後以「照顧者負荷量表」進行主要照顧者負荷的前後測，以評量介入性措施之成效。

結果:介入前評估分析結果：家庭照顧者負荷總分，輕度<6 分共 31 位(31/34=91.18%)，中度<7-9 分共 3 位(3/34=8.82%)；介入後評估分析結果扣除 5 位結案未評個案：家庭照顧者負荷總分，輕度<6 分共 27 位(27/29=93.10%)，中度<7-9 分共 1 位(1/29=3.44%)。

結論:經精神專科諮商介入後，對於主要照顧者照護負荷總分雖無顯著降低，卻發現被照顧者之非預期再住院及管路重覆放置情形皆未再發生，進而提昇被照顧者的照顧品質，未來仍需要持續收案並進行長期追蹤及分析精神專科介入居家照護主要照顧者之成效。

通訊作者：傅婕 通訊地址：824 高雄市燕巢區義大路 1 號
E-mail：ed102999@edah.org.tw

消費者長照負擔之比較-長照保險制 vs.長照稅收制

周思妤

文化大學國際企業管理學系碩士在職專班國際企業組碩士生

天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院安康院區醫務部秘書

摘要

鑑於長期照顧的財務負擔日漸增加，完全仰賴政府預算來支應的模式漸受挑戰。許多先進國家已預估長照可能帶來的財源困境，並將「多元財源」列入規劃，避免因龐大的長照支出擠壓政府財政預算，排擠其他福利或帶來財務困窘。為此，兼顧民眾負擔的保險制逐漸流行。本研究希望深入分析「保險制」和「稅收制」對民眾、社會或政府造成的負擔，進而比較兩種制度下消費者的長照需求與長照機構提供的服務之效益異同，從而探索長照制度永續經營的要素。本研究分別為兩項長照籌措財源（保險制 vs.稅收制）建立民眾長照負擔模型，應變數是兩種制度下民眾的長照負擔，個別針對以下自變數建構迴歸模型：(1) 受訪者特徵變數、(2) 長照花費準備、(3) 經濟來源、(4) 照護方式、(5) 政府負擔。本研究針對台北市及新北市 40 歲以上民眾進行問卷調查，合計回收 120 份有效消費者問卷，模型分析的發現如下：(1) 消費者特徵變數、經濟來源、照護方式、與政府負擔對於兩種長照負擔的影響均不顯著，(2) 預期照護花費對兩種長照負擔均有正向顯著影響，說明民眾對於長期照顧的財務負擔相當理性，若預期照護花費愈高，民眾願意負擔的程度也會越高，兩種長照籌措財源制度下（保險制 vs.稅收制）皆然。本研究發現對政府推動長照 2.0 計畫應有非常積極的意義，它說明只要讓民眾瞭解政府推動的長照計畫動用更多社會負擔資源，同時滿足民眾更好的照顧服務需求，民眾都願意增加所需要的財務負擔。

通訊作者：周思妤

通訊地址：231 新北市新店區車子路 15 號 13 樓醫務部

E-mail：carmenc0511@yahoo.com.tw

Floors of building and Fall risk: data from the National Health and Aging Trends Study (NHATS)

Wei-Cheng Chen¹ Yang-Tzu Li²

Tung Jen Hospital Respiratory Therapist¹

National Taipei University of Nursing and Health Sciences Assistance Professor²

Abstract

Objective

Falls are one of the major public health issues facing the older adult population. There are many researchers committing their effort to prevent falling among elderly. However, few studies focus on the relationship between the floor of building and fall risk in elder people. The objective of this study is to examine the association between number of floors and fall risk in older adults' residence and the level of fear of falling in the residents.

Methods

National Health and Aging Trends Study (NHATS) collected annual, in person interviews information which will provide basic understanding trends in ages 65 and older. This study paper used first round of data which was completed in 2011. For the first round, there are 12,411 participants were enrolled, and 8077 interviews were completed. During the survey, participants were asked to describe their physical structure of living building. For this question, there are five options were offered (free standing single house, single house but attached to others, mobile home of trailer, multi-unit building, other); however, participants were asked next question, number of floors of structure, only when they chose the fourth answer, multi-unit building. Participants who were represented living in multiple floors when they chose the option, building has multiple floors. On the other hand, the rest of participants were represented living in first floor.

Results

The relationship between which floor of building did participants live in and the number of falling was not significant (p value > 0.05). However, the association between which floors of did participants live in and level of worry on falling was significant (p value < 0.001). When compared the number of floor participants lived in with other factors such as age, gender, race, income, osteoporosis, stroke and dementia, the association became much weaker and was not significant in both falling and the level of worry on falling.

Conclusion

This research provided new insight on the relationship between floors of building and level of

worry on falling in elderly people. In America and South of Taiwan, many private building do not have elevators. It could be a possible solution that is proving barrier-free facilities for elder people who lived in multiple floor building.

通訊作者：Wei-Cheng Chen 通訊地址：241 新北市三重區重新路四段 214 巷 13-1 號五樓
E-mail：gevin77@hotmail.com

台灣老年人衰弱與日常生活活動之初探

辜莉雯¹ 廖泰翔² 游曉微³

長庚科技大學高齡暨健康照護管理系學生¹ 五甘心物理治療所執行長²

長庚科技大學高齡暨健康照護管理系助理教授³

摘要

研究背景：台灣人口老化快速，在老年人失能人口和健康照護成本逐年提高的前提下，長期照護向前延伸至預防衰弱成為熱門議題。國際研究報導老年人衰弱和失能有關，且不同衰弱程度亦預測不同的失能項目，然而台灣社區老年人衰弱與失能的關係尚待研究。**研究目的：**(1)瞭解台灣社區老年人衰弱概況；(2)探討失能各項細項與衰弱的相關性。**研究方法：**橫斷性研究，以立意取樣方式一對一面訪社區老年人，收案對象為臺北市、新北市與桃園市之 65 歲以上老年人(n = 162)，研究變項包括 Fried's 衰弱指標(體重下降、無力、低耐力、精疲力竭、緩慢和低活動度)、SOF 衰弱指標(體重下降、坐站、精疲力竭)、日常生活功能量表(basic activity of daily living, BADL)和工具性日常生活工具量表(instrumental activity of daily living, IADL)。**研究結果：**使用 Fried's 衰弱指標顯示台灣社區老年人健康 60 人(37.00%)、衰弱前期 87 人(53.70%)、衰弱期 15 人(9.30%)；使用 SOF 衰弱指標顯示健康 93 人(57.40%)、衰弱前期 56 人(34.60%)、衰弱期 13 人(8.00%)。衰弱程度和 BADL 步行($p = 0.04$)、從椅子上站起有統計顯著關係($p = 0.02$)；且與 IADL 的處理財務能力($p = 0.02$)、外出($p = 0.01$)、服用藥物($p = 0.04$)。**討論與結論：**雖然 SOF 評估台灣社區老年人衰弱盛行率較接近國際水準，但大部分台灣社區老年人握力明顯衰弱，建議台灣官方衰弱評估量表 SOF 可增加上肢肌力檢測，讓衰弱前期的老年人可及早偵測以降低衰弱和失能。衰弱程度反映 BADL 失能順序，且與 IADL 涉及認知能力的項目有高度關係，建議未來研究可長期追蹤以釐清衰弱程度和失能項目的因果關係。

關鍵字：高齡社會、社區老年人、衰弱、失能

通訊作者：游曉微

通訊地址：33303 桃園市龜山區文化一路 261 號

E-mail：hwyu@mail.cgust.edu.tw

社區整合健檢方式與老人幸福感之相關因素探討

劉美娜¹ 張蘭英² 羅莘芝³

臺中榮民總醫院灣橋分院護理長¹ 副主任² 高雄醫學大學心理諮商學系碩士班學生³

摘要

背景目的：本研究目的旨在了解社區整合健檢方式與老人幸福感之相關因素探討。

方法：研究設計為描述性研究，採方便取樣，母群體為中部某社區 65 歲以上老人為研究對象，每月初一及十五在某媽祖廟前進行義診。共收得有效樣本 120 份。研究工具採結構式問卷、個人基本資料、自願參加義診內容包括血糖試紙檢查、量血壓及透過自我作答或逐題訪談方式資料收集個人基本資料，了解老人知識、態度與行為之資料收集。研究個案填寫問卷中每一題的變項與選擇的方式，探討個人變項，包含性別、教育程度、信仰等因素，擔心疾病對自身健康產生之影響；以 SPSS 22.0 中文版進行描述性資料分析。**結果：**筆者於 2018 年 3 月至 2018 年 12 月期間調查某社區整合健檢方式提高老人幸福感之因素探討。調查結果顯示：(1) 社區整合健檢與老人幸福感有顯著差異。(2) 老人教育程度，認知不一致有顯著差異。(3) 自身信仰及對醫療有信心有顯著差異。(4) 原本對健康知識不了解，經由社區整合健檢進步有顯著差異。(5) 期待在社區整合健檢中檢查數據可正常有顯著差異。**結論及建議：**本研究結果建議以非醫療為主，或醫療只是輔助。希望可以從組織的角度更有效地將社區型的整合照顧服務導入。體會到最深刻的是傳遞『服務價值』，無論是為長者創造幸福感，還是建立整合服務的資源，認同服務的價值並身體力行地執行，這是從服務價值的傳遞是在任何一個體系中都可以開始著手的。

關鍵字：社區整合健檢、老人幸福感、相關因素探討

通訊作者：劉美娜 通訊地址：604 嘉義縣竹崎鄉灣橋村石麻園 38 號
E-mail：meinalove@vghtc.gov.tw

運用 PDCA 模式降低某居家護理所社區案壓傷發生率

林慧萍

台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院居家護理師

摘要

前言：居家護理師除了提供定期訪視護理外，也依循長照品質六大指標執行管理，而社區案壓傷發生率為其中之一項。統計 2018 年 3-4 月社區案壓傷發生率總計 11 人(監測值為 4.06%)，高於單位設定閾值(單位閾值 2.35%)，分析原因，其中以照顧者未確實翻身 4 人(占 36.36%)最多，其次以營養不良、個案不配合翻身各 2 人(占 18.18%)。討論壓傷發生率原因並分析、擬定對策，進行 PDCA 檢討改善，藉此降低社區案壓傷發生率，提升個案健康生活品質及減少照顧者照顧負擔。**方法：**1.運用圖像衛教提供照顧者認知：製作壓傷各級傷口照片，於收案及個案有變化時，主護提供給家屬或照顧者分享經驗談，讓家屬或照顧者有所警覺。2.因應照顧者為外籍人士提供對應語言衛教單：2.1 下載翻譯 APP，將中文翻成印尼文(越南文、英文)或將印尼文(越南文、英文)翻成中文，也可用口述方式轉換，以確實了解外籍看護是否了解居家護理師衛教內容。2.2 依照台灣長期照護專業協會製作的居家外勞照顧技巧指導本，整理出中印版、中越版、中英版的「居家日常生活照護指導-皮膚照護」衛教單。**結果：**經實施後社區案壓傷發生率 7 月監測值 1.59%，8 月監測值 1.61%，均低於單位設定閾值 2.35%。**結論：**居家護理所收案對象大多為臥床且生活需仰賴他人照顧，故壓傷是常見的問題之一，經由討論、分析、討論，整理出統一的翻譯 APP 及單張、圖像衛教單，如此不僅能增加主要照顧者的認知，也能提升照顧技能，進而使居家個案獲得良好的照顧品質。

通訊作者：林慧萍

通訊地址：701 臺南市東區東門路一段 57 號

E-mail：slh195@sinlau.org.tw

提升照顧服務員手部衛生執行正確性之專案改善

唐麗麗¹ 白淑芬² 古佳琦³

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理長¹ 長庚醫療財團法人附設林口居家護理所護理長²
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理師³

摘要

目的：洗手是預防感染最簡單、最經濟且也是最有效的方法，因為家庭結構改變，照顧服務員是照顧病人重要的人力，洗手技術是最簡單、最經濟且最重要、有效預防感染的措施，但臨床發現照顧服務員未落實執行洗手，引發筆者動機，期能透過專案的進行，達到感染控制安全目標並提升照顧服務品質。**現況：**1.調查照顧服務員洗手遵從性72.1%，正確性僅41.9%，分析原因為：人員忘記62.3%、太忙碌25.3%；2.「洗手」係照顧服務員每年教育訓練內容，皆以課室教學進行；3.調查照顧服務員洗手認知正確性平均為86.8%，得分最高為「洗手步驟與工具」90%，最低為「洗手時機」29.7%。**方法：**1.設立「洗手標準」、「洗手五時機」衛教單張，輔佐簡單圖示幫助記憶，張貼於洗手檯明顯處，隨時提醒、引發動機落實洗手；2.製作小卡提供人員隨身配戴於工作證攜帶，輔佐簡單圖示「洗手五時機」幫助記憶，可隨時提醒、正確提示洗手時機；3.運用證據法則，教育訓練課程中，安排現場情境式實務操作洗手時機與洗手步驟並進行回示教，同時以「螢光測試儀測」測試人員洗手正確性學習成果。4.每月稽核照服員洗手遵從性及正確性，符合標準人員以正向激勵方式，公開表揚，未符合標準人員，個別提醒指導，並列為次月稽核重點人員。**結果：**1.評值照顧服務員對專案改善的滿意度為98.9%；2.洗手遵從性由72.1%、98.9%提高至100%；3.洗手正確性由41.9%、94.5%提高至100%。**結論：**本專案實施成效良好，將圖示洗手小卡及運用「螢光測試儀測」檢視人員洗手正確性、持續查核並給予正向增強激勵已列入常規，透過建立照顧服務員正確洗手觀念與操作，期望減少個案感染合併症發生，另建議長照機構的工作人員亦將落實洗手融入日常照護中，不僅能達到自我保護的效果，也能提昇個案的照護品質。

通訊作者：白淑芬

通訊地址：333 桃園市龜山區復興街 5 號

E-mail：F22215@cgmh.org.tw

運用撫觸療法提昇居家個案吞嚥障礙留置胃管移除之照護成果分享

陳淑娟¹ 賈佩芳² 陳寶珍³

屏基醫療財團法人附設屏基居家護理所護理師¹

屏基醫療財團法人屏東基督教醫院副院長² 主任³

摘要

高齡者常因疾病或老化致活動受限及功能退化，適時予以評估高齡者管路留置之需求，移除不必要的管路是非常重要的。本文乃居家護理師評估個案管路使用的必要性，並以撫觸療法及吞嚥障礙訓練為介入措施，期減少鼻胃管的留置。照護期間自 2017 年 12 月 19 日迄今，運用了觀察、會談、傾聽等方式收集資料，評估個案舌頭功能、口腔、牙齒、臉頰肌肉、手部肌肉、進食後之殘食、進食後聲音變化、喝水試驗等方式。活動過程運用撫觸療法，包含：被動的觸碰(passive touch)、撫推(effleuage)、壓迫(petrissage)、摩擦(friction)四種方式，教導照顧者協助上、下肢體、頸部、臉頰、口腔等活動、吞嚥訓練、飲食製作等，並制定個案每日活動時間表，以增加吞嚥能力及臉頰肌力；評值照顧者照護技巧的正確性並依照個案個別性提供需求，如：唱卡拉 OK 以增加發聲及發音練習；提供個案喜愛食物，增加進食動機等方式。自 2017 年 12 月 18 日至 2019 年 2 月 28 日共有 27 人參與吞嚥訓練，身上留置胃管者 14 人，身上未有胃管但喝水進食會噎咳有 13 人；在留置胃管個案中有 7 人胃管移除，另 7 人雖未移除胃管，但可由口部分進食；未有留置胃管者但喝水噎咳或流口者，介入後有 7 人可由口安全進食，有流口水為 8 人，介入後流口水改善佔 7 人。本文運用觸撫療法提升個案肌肉放鬆、血液循環、促進親人之間感情、信任感等，故撫觸療法於高齡者之照護實務上有其實際價值，可提升高齡者吞嚥及活動能力。期望藉由成果分享，提供從事老年族群的醫療照顧人員，一起努力共創更優質的照護服務。

通訊作者：陳淑娟 通訊地址：900 屏東市大連路 60 號
E-mail：chen7874837@yahoo.com.tw

提升居家在宅個案足部照護執行率

賴郁菁 塗盈琇
新北市立聯合醫院護理長

摘要

臺灣於 2018 年 4 月正式進入世界衛生組織所界定的「高齡社會」(aged society)，即人口老化比率會超過 14%。臺灣自 1993 年進入高齡化社會以來，約只歷經 25 年即邁入「高齡社會」，相較於法國、美國、英國等先進國家，足足快了一倍以上，行政院經建會更指出，再歷時八年，也就是 2026 (民國 115 年)，臺灣的老年人口將正式突破 20%，走入「超高齡社會」(super-aged society) (內政部，2018)。隨著年齡增長因身體機能衰退，超過 8 成的老人有足部問題，包括趾甲增厚、長趾甲、趾甲嵌入症、老繭皮、雞眼、趾甲疾病與變形等足部問題，但該問題卻長期遭到忽略，導致症狀惡化而面臨失能危機，透過專業人員到宅進行足部護理、同時讓家屬或長者學習，能達到預防失能的效果。足部照護目的：1.提升增加血液循環及腳部肢體活動，增加長者生活的樂趣，達成老人身心靈的照護 (Pataky & Vischer, 2007)。2.泡腳對血壓有調節作用，促進血液循環，改善長者末梢血循，反映出增加愉悅舒適感。熱水足浴是安全、方便經濟的保健措施，經研究證實藉由將雙腳浸泡在溫熱的水中，能使足部血管擴張增加血流，達到雙手指溫上升(黃、王、林、彭，2012)。本專案旨在提升居家在宅個案足部照護執行率，透過問卷、查檢表、實地觀察及訪談收集資料及分析現況。結果發現居家護理師對足部健康照護認知不足、足部照護執行完整率低，以及主要照顧者對足部健康照護滿意度低。經本專案制訂足部照護標準作業規範、書面參考資、足部照護評估表、衛教單張及舉辦在職教育，使護理人員足部健康照護認知執行率提升至 100%、足部健康照護執行完整率由 57.2%提升至 87.2%，期此專案經驗可作為提升居家個案照護品質之參考。

通訊作者：賴郁菁 通訊地址：241 新北市三重區新北大道一段 3 號
E-mail：AJ0779@ntpc.gov.tw

自立自足團體-早晨健康操/喝水重要性

阮雅梅¹ 施羅珊娜²
瑞祥護理之家社工¹ 照服員組長²

摘要

從辦理機構活動的經驗中發現活動是要多元化並漸進式變化，故而設計早晨健康操-喝水重要性讓住民能夠自己願意進入早晨健康操團體與其他住民互動動機，也與家屬討論鼓勵住民多參與機構所安排活動。

一、活動目標(文獻與理論依據)

- (一) 依據研究顯示，護理之家住民由於身體障礙或其他疾病限制其活動，使住民對我自信缺乏而感到自卑感，及自我封閉狀態及自我貶值得心理取向，這些都來自生理及心理障礙應而影響他們參與各項安排活動休息中喝水。
- (二) 音樂治療音樂是一種非語言的溝通工具，傳達一些人類需求的層次，能抒發無法用語言說出的情感，可有技巧地使用音樂來改善個人的身體、心理與情緒問題。心理效益會正向影響老年人的快樂程度，在心理效益上會正向影響身體活動能力，但快樂程度並未顯著影響老年人的身體活動能力。
- (三) 增加喝水重要性：1. 喝水的重要性：人體內所含的水分，成人大體重的百分之六十；老人者只有百分之五十，年齡越小，體內水分含量越高。2. 易造成之疾病：便秘、乾燥、發癢的皮膚、尿管感染，或是無法幫助排除廢棄物及毒素。3. 影響喝水的因素：個人因素：如疾病、身心問題、如又失智患者心臟疾病、腎臟疾病。生心理因素包含口腔潰爛不適、胃腸出了問題。

二、活動方法

- (一) 活動前準備：平時較少與大家互動住民鼓勵參與早晨健康操活動，製作活動參加記錄本。
- (二) 活動進行中：
 1. 先放輕音樂讓大準備好，先取自己水壺喝 100 cc 水。
 2. 與住民打招呼並藉此機會評估生理心理社會狀態。
 3. 播放住民熟悉的老歌曲與住民一起做早晨健康操。

三、活動成效

(一) 量化活動成果

1. 針對早晨健康操活動引導不主動住民積極參與活動、提升住民對活動之意

願。

2. 目前已執行 3-4 個月共有住民及家屬一起參與早晨健康操活動中衛教住民有喝水對失智及尿路感染及皮膚乾燥問題也有大大改善，及不喝水的傷害。
3. 早晨健康操結束後再請住民喝 100cc-200cc 水，活動參與記錄本記錄並每月底算出參與次數並頒發健康獎狀及獎牌。

(二)質化的回饋

1. 開始設計早晨健康操活動時我有點擔心有些失智個案或精神障礙個案會抗拒參加早晨健康操團體活動，而在主管的鼓勵之下，我將健康操的運動時間改為早上九點三十分至十點結束。
2. 讓我及家屬最感到開心的是一位失智個案原先抗拒參與，在社工不斷的鼓勵及讚美、現在會站在團體前面陪同社工及志工帶大家一起做早晨健康操，也從新建立失智個案與其他住民互動關係。

四、活動檢討與討論

- (一)活動帶領時沒有注意到有些音樂太快，讓其他住民跟不上節拍，讓團體呈現較不整齊。
- (二)建議住民健康操活動位置都可以固定，讓活動領導著及其他觀察著可以注意到住民動作。

通訊作者：阮雅梅 通訊地址：920 屏東縣潮州鎮中山路 172 號 6 樓
E-mail：yammyamm070568@yahoo.com.tw

運用 E 智慧落實成本管控-提升新進護理人員共通性計價正確性

陳秀偵¹ 許雅芬² 李權芳³

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理督導¹ 護理長² 授權副主任³

摘要

前言：新進人員不正確計價會造成單位衛材短缺、花費人力和時間借用衛材，進而影響病人安全，增加健保核減率及增加醫院成本負擔。為維護病人安全及落實醫療衛材管理，運用 E 智慧落實成本管控，提昇新進護理人員計價之正確性。**現況分析：**1.計價教學指導方式及工具未有統一標準 2.未列入新進人員共通性正確計價教育訓練 3.2018 年 5-6 月調查新進護理人員計價處置認知為 66.2%及計價處置行為正確性為 56.9%。**問題確立：**1.人方面：對計價處置包內容不清楚、計價處置項目多易忘記、單位僅提供病房常見一覽表一張參閱、教師指導內容有差異；2.事(制度方面)：未建立標準化材料計價教育訓練；3.物方面：未提供標準化材料計價教學教材、缺乏計價處置包內容物核對表。**專案目的：**新進護理人員計價處置認知正確性由 66.2%提升至 85%，計價處置行為正確性由 56.9%提升至 85%。**文獻查證：**2009 年財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會明訂病人安全為醫院評鑑重點並應落實醫療衛材庫存管理，制訂物料盤點制度，以妥善估算物料需求。醫療衛材成本佔醫院營運成本的 30-50%，妥善的醫療衛材管理，可以節省護理人力、確保服務品質及安全。**執行策略：**1.建置材料補充與計價作業電子書 2.製作共通性病房常見計價口袋書 3.建構物料圖檔資訊化查詢系統 4 建立計價正確性稽核機制。**結果評值：**新進護理人員計價處置認知正確性由 66.2% 提升至 86.3%，計價處置行為正確性由 56.9% 提升至 85%，評值滿意度為 89.5%。

通訊作者：陳秀偵 通訊地址：833 高雄市鳥松區大埤路 123 號 6 樓護理部
E-mail：shiu@cgmh.org.tw

提升居家醫療照護整合計畫申請作業正確性

楊瑜軒¹ 白淑芬² 劉藍羲¹

長庚醫療財團法人附設林口居家護理所居家護理師¹ 護理長²

摘要

動機：健保署公布「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，臨床發現健保署 VPN 單筆輸入欄位無遺漏值提示功能且與紙本欄位順序不一，人員容易遺漏或誤植，造成申請書不完整，平均耗時 55 分鐘/件，因資料未完整，每周須請健保署開檔更正資料，虛耗工時，異常率為 17%，為提升申請作業正確性及降低異常率，擬進行專案改善。**目的：**藉由設立「全民健康保險居家醫療照護整合計畫-操作指引」含「居家醫療照護整合計畫收案申請書-填寫範本」、「居家醫療照護整合計畫收案申請書(修改版)」及監控機制，以提昇申請作業的正確性。**方法：**1.11 月 1 日至 11 月 10 日調查居家醫療照護整合計畫申請作業錯誤率及錯誤原因分析並共同討論改善措施；2.11 月 11 日至 11 月 25 日建立「全民健康保險居家醫療照護整合計畫-操作指引」、「居家醫療照護整合計畫收案申請書(修改版)」、「居家醫療照護整合計畫收案申請書-填寫範本」作為書寫指引；3.依健保署單筆 VPN 輸入系統之順序調整紙本申請書，並針對易輸錯項目以灰底標示，如藥物處方及長照服務需求欄位依電腦系統輸入畫面修改紙本申請書，易錯誤欄位以灰底特別標示，提醒人員於輸入電腦系統時需專注且重複檢視；4.經健保署承辦人員同意得以「居家醫療照護整合計畫收案申請書(修改版)」修改版之紙本申請書辦理案件申請；5.設立「居家醫療照護整合計畫收案申請書-填寫範本」並護貝提供每位人員一份，作為隨時參考，於單位會議時說明改善工具填寫方式並提醒人員於輸入電腦系統時需專注且仔細檢視；6.設立監控機制，明訂每週三上傳申請書並由資深人員輪流擔任紙本申請書稽查委員，確保品質。**結果：**1.12 月 1 日至 12 月 30 日居家醫療照護整合計畫申請作業共 114 件，錯誤件數 1 件，分析錯誤原因為個案由重度居家醫療轉換階段至安寧居家，人員遺漏輸入社工人員訪視頻率，正確性由 83%提高至 99.1%(提高 16.1%)；2.居家醫療照護整合計畫申請作業工時由 55 分/件降低至 21 分/件(降低 34 分/件)；3.評值人員對提供「全民健康保險居家醫療照護整合計畫-操作指引」滿意度達 95%。**結論：**實施成效良好，將「全民健康保險居家醫療照護整合計畫-操作指引」列入單位常規，以提升申請作業效率及品質。

通訊作者：白淑芬

通訊地址：333 桃園市龜山區復興街 5 號

E-mail：F22215@cgmh.org.tw

運用跨團隊照護資源模式降低居家護理個案低蛋白血症發生率專案

陳玫伶 周淑滿 吳琦雯

奇美醫療財團法人附設柳營奇美居家護理所居家護理師

摘要

長期照護的對象多為老年人或慢性病患者，此類型個案易出現營養不良的問題(陳、郭、陳、鍾，2016)，藉由提供適切的護理措施，可降低老年人死亡、住院日期長短、疾病併發症及認知功能不全。(陳、許、周、杜，2014)，本專案主旨為利用跨團隊照護資源模式，來降低居家個案低蛋白血症發生率。於2017年1月1日至2017年10月31日，居家護理個案低蛋白血症發生率 Albumin<3.5g/dl 為 41.24%(149/354)，其中 Albumin 於 3.0-3.4g/dl 者占 73.15%(109/149)，Albumin< 3.0 發生率為 26.85%(40/149)與去年同期相比，Albumin<3.5 為 39.83%(147/369)，其中 Albumin 於 3.0 -3.4g/dl 者為 84.35%(124/147)，Albumin<3.0 發生率 15.65%(23/147)明顯有升高，顯示居家護理個案群體營養有下降情況。針對居家護理師進行營養認知測驗，結果顯示居家護理師營養照護認知正確率僅為 65.71%，由小組專人抽樣電訪 35 位營養不良之居家照顧者，分析主要三大原因有未提供營養相關衛教單，無法隨時查閱佔 54.28%(19 人次/35 人)、對護理師的指導內容不清楚，照顧者回覆示教不足，佔 45.71%(16 人次/35 人)、護理師衛教指導內容不足，佔 37.14%(13 人次/35 人)等。經由上述問題，針對個案低蛋白血症營養問題，每月邀請營養師參加跨領域團隊會議，提出營養照護建議，協助解決個案問題。專案實施後，居家護理師營養篩檢及照護知能提升，個案低蛋白血症發生率於2018年6月下降至 27.51%，落實跨團隊資源介入照護，製作居家營養照護標準規範，強化居家護理師營養照護知能，提供主要照顧者正確製作天然攪打配方及個別化飲食照護指導，期望藉此專案實施，可降低居家護理個案低蛋白血症發生率，提升期照護品質。

通訊作者：陳玫伶 通訊地址：736 臺南市柳營區太康里 201 號
E-mail：mayrin700204@gmail.com

失智據點導入預防及延緩失能方案之成效初探

陳如玉¹ 吳美儀²

高雄市新時代長期照顧協會護理師¹ 幸福居家護理所所長²

摘要

因應失智症人口增加，衛生福利部於 2017 年公告「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」，為延緩失智長輩失能程度及減輕家屬照顧負荷，廣設社區失智據點。本文主要描述高雄某一社區失智據點於 2018 年 5 月成立，提供長輩每周一到三可至據點活動，服務內容包含共餐及安排延緩失能、緩和失智、認知促進等課程。本據點於 10~12 月導入預防及延緩失能方案-銀髮族音樂體適能，並透過 Kihon Checklist(包含是否可獨立外出購物或上下樓梯、BMI 變化、最近心情狀況等)及體適能評估，確認活動安排是否合宜。經過三個月方案執行發現，長輩 Kihon Checklist 由 15 分改善到 6 分(分數越低則代表需要協助的部分越少)。體適能的 7 項施測項目包含：活動力-30 秒坐立(坐立次數平均增加 1.8 次)、2.44 公尺坐起(起->步行->坐下平均減少約 5 秒)及 2 分鐘踏步(踏步平均增加約 9 次)。柔軟度-抓背(右手抓背距離平均拉近約 9 公分，左手抓背距離平均拉近約 5.5 公分)、坐姿體前彎(右手離腳趾頭距離拉近約 9 公分，左手離腳趾頭距離拉近約 7.5 公分)。肌力-手臂屈舉(平均增加 6.8 次)及握力測試(右手退步 1.5 公斤，左手則維持)。透過本文發現長輩雖每周僅有三天至據點接受照護，但不管是生活自理能力、心情變化及體適能等，至少可維持甚至可以進步。並且觀察長輩參與活動的情形，發現長輩的笑容越來越多，而家屬也感覺到照顧壓力及負荷減輕，因此未來據點仍會持續安排預防及延緩失能方案及緩和失智、認知促進等課程，期望提供服務給更多需要的長輩。

通訊作者：陳如玉 通訊地址：830 高雄市鳳山區新富路 182 號 8 樓
E-mail：jernny2001@gmail.com

運用跨專業團隊提升腦中風急性後期照護病人下轉率

陳秀偵¹ 陳怡杏² 張谷州³

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理督導¹ 個案師² 神經內科主治醫師³

摘要

前言：急性後期照護(Post-acute care,PAC)是協助改善病人從急性醫院出院後的復原，適切的急性後期照護，可降低死亡率、再住院率，改善病人健康結果和生活能力，進而提升後續返家或入住機構所需生活照護。**現況分析：**1.神經科組三個病房共 141 床，106 年佔床率為 89.6%，護理師 62 人及醫師 20 人未進行專科病房人員教育訓練。2.未設有專責腦中風急性後期照護個案師。3.未制定跨專業團隊下轉急性後期照護管控機制。4.106 年腦中風急性後期照護病人下轉率 32%。**問題確立：**1.人方面：對腦中風急性後期照護流程不清楚、未設有專責腦中風急性後期照護個案師。2.事(制度方面)：未建立標準化急性後期照護教育訓練、未設有下轉急性後期照護病人管控機制 3.物方面：未提供標準化急性後期照護教育訓練教學教材。**專案目的：**腦中風急性後期照護病人下轉率由 32%提升至 60 %。**文獻查證：**腦中風病發後三至六個月內是復健的黃金時期，運動能力恢復最快，急性後期照護模式推展，可提升腦中風病人急性後期照護及降低死亡率(Buntin, Colla, Dep, Sood, Escarce, 2010)，實施 PAC 每人平均可節省急性醫療天數 2.69~8.17 天，減少 306~1,210 張病床使用(吳等，2012)。**執行策略：**1.宣導腦中風急性後期照護流程並列入專科教育訓練。2.列入每年全院出院準備服務教育訓練教材，全院醫護人員必上之線上學習課程。3.增設專責腦中風急性後期照護個案師。4.跨團隊合作制訂下轉紅黃綠燈管制之標準作業。**結果評值：**107 年腦中風急性後期照護病人下轉率由 32 % 提升至 73.9%，附加效益為醫療資源做最有效率的整合運用，佔床率提升至 90.3%。

通訊作者：陳秀偵

通訊地址：833 高雄市鳥松區大埤路 123 號 6 樓護理部

E-mail：shiu@cgmh.org.tw

建構跨團隊網路平台提升居家護理壓傷照護成效之經驗分享

黃珮婷 邱綺榛 潘怡君

奇美醫療財團法人附設永康奇美居家護理所護理師

摘要

壓力性損傷(以下簡稱壓傷)是社區機構或是居家長期臥床個案常見的照護問題。研究顯示深度壓傷的癒合時間是淺層的 5.2 倍，而不易治癒的傷口，除了影響居家個案身心安適及增加感染風險，其傷口照護費用更是家裡沉重的經濟負擔(Harris et al.,2010)。本居家護理所以個案照護需求為本，自 2013 年即將壓傷照護納入指標監測，長期監測壓傷發生率、壓傷盛行率與壓傷癒合率，其中在壓傷癒合率又以三級以上壓力性損傷的癒合件數偏低，統計 2017 年有高達 5 個月平均壓傷癒合率 5.77%，無法達到品管指標設定之閾值 10.83%，進而分析 2017 年各月份各級壓傷癒合狀況，發現二級以下壓傷癒合平均天數為 7.8 至 23.5 天，但三級以上壓傷的平均癒合天數高達 165 天，甚至有高達 8 個月仍未癒合的三級壓傷傷口，故為提升壓傷照護成效，於 2018 年 4 月成立專案小組並搜尋文獻，確認導入專業團隊照護是可以有效且即時的介入壓傷照護並促進傷口癒合，故建置網路平台 LINE 群組，邀請專業團隊包括:傷口護理師、整形外科醫師、藥師與營養師加入，以提供壓傷照護指導建議。結果發現，邀請之專業團隊成員加入 line 群組與原設定目標成員數達 100%，並於群組參與互動討論率達 100%，且 24 小時內問題回覆率達 100%，問題解決率更高達 100%，經由此證明，即時性的團隊溝通與照護建議，確實有助於提供有效的傷口照護技巧，進而控制傷口狀況並提升傷口照護成效。

關鍵字：壓力性損傷、跨團隊網路平台

通訊作者：黃珮婷 通訊地址：710 臺南市永康區中華路 901 號
E-mail：peiting1214@yahoo.com.tw

長期照護機構使用資訊裝置輔助於臨床照護之應用

黃麗玲¹ 張舒媚² 陳淑雯² 陳淑筠²
高雄市立凱旋醫院護理科副主任¹ 契約護士²

摘要

前言:本案旨在利用資訊多元化,藉由資訊裝置輔助照護,提供病室單位強化觀察,當意外事件發生能即時監控與處理,進而提升臨床照護品質。**方法:**1.提供設置可攜式平板電腦輔助監看的功能。2.病房及走道加設監視視窗畫面,輔助觀察每間病室內個案的動態。3.強化安全性環境設施-病室浴廁裝設體感感應器。**結果:**1.每間病室增設網點,將病室內個案動向透過平板電腦,讓工作人員在其他病室執行照護工作時,藉由平板監看每間病室的病人動態,以防範工作人員於病室照顧病人時,無法同時掌握其他間病室的病人動態之情事。2.螢幕顯示每間病室病人目前活動狀態進行輔助觀察,尤其病人為跌倒高危險群又無家屬或看護照護時,能立即協助處理,降低意外事件發生。3.體感感應器警示聲於個案入廁超過5分鐘即於護理站發出聲響,提醒工作人員前往了解狀況或即時處理,以避免意外發生。**結論:**緊急意外事件是長期照護機構臨床照護重視議題之一,透過資訊輔助設備裝置了解個案活動,不僅可以降低工作人員壓力,更是可以避免錯失意外事件處理之時機,更為其最大效益,希冀透過資訊裝置提升照護品質、提升醫護人員工作效率。

關鍵字:資訊輔助(Information)、體感感應(Motion-Sensitive)、臨床照護(Clinical Nursing)

通訊作者:陳淑筠 通訊地址:802 高雄市苓雅區凱旋二路 130 號
E-mail: ksphpatientsafety@gmail.com

推動電子轉診掛號之作業

冷竹英¹ 楊淑玲² 陳秀偵³

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理部轉診護理師¹ 護理長² 護理督導³

摘要

自 2018 年 3 月 30 日健保署建置『電子轉診平台』將轉診作業電子化以來，提供即時有效率之轉診服務。有鑑於業務量日益增加，故推動電子轉診掛號之作業。現況電子轉診病人持轉診單現場或電話掛號，每日約 80 人次轉診病人，轉診院所未確實告知病人說明轉診掛號及本院轉診專線電話，其電子轉診病人每日約 40 人次，且需逐筆電話聯繫常遇空號或無人接聽，每筆須花費 5 至 8 分鐘耗費工時。經現況分析電子轉診掛號未確實之導因為：一、轉診院所未確實告知病人轉診掛號及本院轉診聯絡專線電話。二、轉診病人被告知在家等受理轉診院所電話通知，不需主動與受理轉診單位連絡。三、電子轉診病人因轉診量增加，需逐筆電話連繫耗費工時，電話聯繫常遇空號或無人接聽。依問題點進行資料收集：高醫、高榮及林口院區電子轉診平台執行作法，進行檢討改善。本專案召開『電子轉診平台作業』跨部門會議，並擬定改善方案：「寄送電子轉診平台回覆轉診醫療院所『統一說帖』及本院上網掛號和查詢掛號操作步驟單張」。「統計轉診院所未確實向轉診病人說明，本院對協助掛號服務之件數，並進行個別連繫」。改善後有形成果：依本院『統一說帖』執行之轉診院所件數由原本 40 件提升 120 件。電子轉診件數由 42 件提升至 1084 件，成長 24.8 倍。採電子轉診掛號作業後，降低人員電話聯繫時間，每日節省 200 分鐘(每月 73.3 小時)。電訪轉診院所執行改善方案後，電子轉診掛號作業之滿意度結果：由原先 75% 提升至 90%。無形成果：促進電子轉診作業順暢及提升轉診病人轉診服務完整性及滿意度。

通訊作者：冷竹英 通訊地址：833 高雄市鳥松區大埤路 123 號
E-mail：a621117@cgmh.org.tw

降低居家護理個案鼻胃管固定處皮膚破損發生率

楊瑜軒¹ 白淑芬² 韓慧美³

長庚醫療財團法人附設林口居家護理所護理師¹ 護理長²

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院護理督導³

摘要

背景:居家護理個案常因意識不清併吞嚥困難,需依賴鼻胃管灌食以維持基本營養,臨床訪視發現個案因長期使用膠帶固定鼻胃管,導致鼻部皮膚有發紅或破皮的情形,且增加管路滑脫的機率,進一步分析發現,鼻胃管留置人數 427 人,發生皮膚破損(發紅或破皮)情形人數 15 人佔 3.5%,不僅影響個案皮膚完整性、增加感染機會及照顧負荷,故引發動機。**目的:**現況分析照護困境,提出改善方案以期降低居家護理個案鼻胃管固定處皮膚破損發生率。**方法:**1.調查居家個案主要照顧者需求,了解及分析皮膚破損發生原因。2.與主要照顧者及居家照護團隊共同討論改善措施。3.使用人工皮及管路固定座製作「鼻胃管固定座」,黏貼於鼻孔下方人中或臉頰處,更換頻率為一週或明顯髒汙時,取代以往每日更換黏貼膠帶之固定方式。**結果:**1.提供 12 位個案免費試用「創意鼻胃管固定座」,其中 11 位皮膚發紅破皮情形已完全緩解;1 位皮膚發紅範圍由 2*4 公分縮小至 1*2 公分。2.評值 12 位試用創意鼻胃管固定座使用情形,12 位表示 5 至 7 天更換 1 次創意鼻胃管固定座,試用期間無管路滑脫情形,費用由 102 元/月下降至 86.4 元/月。3.依固定性、舒適、成本及美觀等四項,以 5 分法進行主要照顧者滿意度調查,12 位家屬(100%)表示舒適且經濟實惠,8 位(67%)表示固定牢靠不易脫落,平均滿意度 96.3%。**結論:**實施成效良好,指導主要照顧者製作「創意鼻胃管固定座」,納入單位鼻胃管照護常規,期望降低居家護理個案鼻胃管固定處皮膚破損發生率。

通訊作者:白淑芬

通訊地址:33305 桃園市龜山區復興街 5 號

E-mail: f22215@cgmh.org.tw

「掌握氣蹟」-降低居家個案手部壓傷照顧創意

曾淑敏 陳惠敏 蔡慧美
臺北市立聯合醫院中興院區護理師

摘要

現況分析(提案動機)：居家個案長期臥床關節攣縮，需靠被動關節活動來預防及治療，手指緊握無法張開導致不易清潔，產生臭味及血循環差，甚至引起壓傷，因此引發居家團隊設計此作品動機，希望「掌握氣蹟」能減輕照顧者壓力及增加個案之舒適感及減輕手指攣縮帶來的合併症。**文獻查證：**身體若三天沒有活動，就可能出現肌肉攣縮、關節僵硬肌肉攣縮、關節僵硬現象(林、林、林、蔡，2017)。依文獻顯示皮膚受壓若超過 13~32mmhg 以上就會產造成壓傷(李、李、曹、胡，2015)；壓傷是病人安全照護品質之重要指標，在人口老化、慢性病盛行率增加的趨勢下，對於壓瘡的預防益顯重要(吳、莊、林、鄒，2015)。黴菌在溫暖和潮濕的環境會促使它快速生長，太密閉的空間不利於濕氣的排除，因此易滋生黴菌，清潔長黴菌的器物可以降低黴菌菌孢的量(徐，2014)。**執行過程：**(一)設計流程：1.材料收集、2.剪裁、3.縫製、4.個案試用、5.材料測試、6.確定創新產品；(二)執行方式：蒐集某區域醫院居家護理所個案手指攣縮之個案，依個人手指鬆緊度及力道調整，以一般手套及排汗吸濕布料製作，於 2017 年 8 月至 2018 年 2 月期間，共計居家個案 8 名及機構個案 15 名試用，經由居家護理師說明及示範操作「掌握氣蹟」，現況監測使用並進行修改，調整材質加強舒適及吸濕排汗之完善性，同步顧及操作方便、清洗簡單等全面觀，並帶來整體之效益。**成效評值：**(一)實用性：容易清潔及可反覆使用，且材質為便宜的排汗吸濕布料及一般手套。(二)多樣化：1.具有主動及被動肌力的運動訓練；2.排汗吸濕布料可避免黴菌感染之機率；3.手套氣球之柔軟度不影響血液循環；4.手套內除了打入空氣外亦可打入冷水可減少夏天的悶濕感[®]可在布料上滴精油使精油特殊氣味讓個案舒心、促進睡眠或預防感染等功能。(三)家屬表示簡便的手套氣球及排汗吸濕布料幫助手指關節活動方式，能安全有效率的完成關節活動度，家屬與照顧者滿意度達 97.4%。

通訊作者：曾淑敏 通訊地址：103 臺北市大同區鄭州路 145 號 2 樓
E-mail：B0785@tpech.gov.tw

運用體能訓練提升機構老人日常生活活動功能

林素香¹ 游惠茹² 楊瑜軒² 白淑芬³

長庚醫療財團法人附設林口居家護理所副護理長¹ 護理師² 護理長³

摘要

背景:根據內政部人口資料顯示,我國 65 歲以上老年人口 2018 年 3 月底達到 14.05%,已正式進入高齡社會。老化不可逆,是人生必經的自然現象,因老化產生的身體功能衰退,例如:肌耐力、關節柔軟度與活動度、活動功能與平衡表現等,均隨著年齡增加而下降,而這些身體功能衰退最終將影響老人在日常生活功能的表現,故引發作者動機進行專案改善。**目的:**透過肌力訓練,提升機構老人手部肌力及握力,減緩「衰弱症」發生及增進日常生活自理能力,提升生活品質。**方法:**1.協同物理治療師評估機構 20 位老人日常生活功能(ADL)、手部肌力及握力,其中手部握力評估以電子握力測試儀施測,測 3 次取平均值。2.依機構老人身體狀況及需求規劃「團體體適能」及「個人手部肌力訓練」活動:(1)團體體適能活動:拍攝「暖身運動、健康十巧手」錄影帶,帶領機構老人一起活動。(2)個人手部肌力訓練:製作手部肌力訓練用物,包含神奇寶貝握力復健球及完美收伏神奇寶貝毛面魔鬼氈,由物理治療師一對一指導機構老人進行手部肌力訓練,並設計丟球次數及關卡增加難易度。(3)實施期間:2018 年 5 月 30 日~2018 年 8 月 22 日每週一至週五共 12 週,為期 60 天。(4)提供獎勵措施,包含最佳精神獎、潛力獎、活力獎、金牌菁英獎,提高機構老人參與度。3.培訓機構照顧服務員為種子老師,確保機構老人能持續進行手部肌力訓練。**結果:**1.機構老人日常生活功能(ADL)由 44.0 分上升至 49.8 分,進步 5.8 分。2.機構老人右上肢平均肌力由 3.2 分上升至 3.75 分,進步 0.55 分;左上肢平均肌力由 3.0 分上升至 3.2 分,進步 0.2 分。3.機構老人右上肢平均握力由 9.44 公斤分上升至 10.77 公斤,進步 1.34 公斤;左上肢平均握力由 7.97 公斤上升至 8.53 公斤,進步 0.56 公斤。**結論:**透過評估、照護與活動安排,使機構老人身體狀況穩定且增進日常生活自理能力,實施後評估成效良好,且獲得廣大迴響,已平行展開至其他機構老人共同參與,以達社區健康促進之推廣。

通訊作者:白淑芬

通訊地址:33305 桃園市龜山區復興街 5 號

E-mail: f22215@cgmh.org.tw

南部某護理之家收治愛滋病人之初探

施秋娟¹ 顏星如² 李倚言³
瑞祥護理之家主任¹ 照護組長² 護理主任³

摘要

本文旨在針對入住本機構所收治愛滋病人概況探討，以半開放問卷收集資料。因機構自 2015 年開始開放收治愛滋病者，在這期間陸續發生：於機構中發生性行為、警察來抓注射買賣毒品的院民、騷擾其他住民等。因此，興起機構人員希望對於不同類型愛滋病患者，在照護行為中發現差異性，以利預防問題發生及解決方案模式。2017 年 1 月至 2018 年 12 月共計收案 22 位，4 位(18.2%)因性行為而得到愛滋病、18 位(81.2%)因注射共用針頭而得到愛滋病。女 4 位(18.2%，均因注射)、男 18 位(81.2%)。於半開放性問卷中，發現：1.注射者可以自行描述因共用針頭與誰會是感染給他的；但性行為者較不具體是因為多重性伴侶或性工作者男公關，所以較不確定，尤其在性行為的部分，它們表示因非固定 1 號或 0 號之故。2.因注射原因所造成愛滋病者，其在家庭支持系統與社經地位上大都是較少支援；性行為者於家屬及個人負擔居半數。3.無論是因何種因素得到的愛滋病者，他們都知道是高危險群的，但總是有種「不會是我、我沒有那麼倒楣」；約 10%有去做匿名篩選，但大都是獄中篩選或發病了才知道自己【中獎了】，大部分是不知道該如何是好或因應(一半以上甚至有以同模式複製傳染的途徑)，反正對於發病後之樣貌是如何一點概念也沒有，因而也不以為意，且因潛伏期長，身體感覺沒有任何變化。因受限於樣本人數、樣本特性、隱私、機構環境等因素，無法做大樣本數之分析，希望未來可以擴展與他院共同合作，將社會及個別因素都列入整體性考量，以利發展個別性之愛滋病的專業化照護；更希望將愛滋病的教育能夠深根、予以專業性的協助，而於發病後所將面臨的安置照護、費用...等之問題，都是需列入政府於政策之考量依據。

關鍵字：愛滋病、長照機構

通訊作者：施秋娟 通訊地址：920 屏東縣潮州鎮中山路 172 號
E-mail：Judy0807@yahoo.com.tw

照顧一位巴金森氏症患者之居家護理經驗

張聖芝

國立臺北護理健康大學學生

摘要

巴金森氏症(Parkinson's disease)為腦部黑質部位含有多巴胺的色素細胞持續退化，導致肌肉逐漸僵硬，而形成動作障礙，主要的症狀會有靜態性顫抖、肌肉僵硬、行動緩慢及姿勢平衡不穩，在居家照護中，24 小時皆需有他人照顧，因疾病的病程發展，漸漸失去肌力，個案往往面對未來，覺得惶恐害怕，而家屬也會因為長期照顧個案的壓力，而產生疲憊感，因此個案的支持系統除家中成員外，更需要跨專業的醫療團隊服務。本文個案即是一位巴金森氏症診斷的個案，個案漸進性退化的生理徵狀，已至生活無法自理的程度，亦有導尿管留置，更因長期臥床食慾不佳，熱量攝取下降，尾骶骨產生第二期壓傷傷口，故產生多重心理及生理問題，而不可逆的病程進展所造成的心理問題，更是家屬及居家護理師需要突破的瓶頸，本文即描述筆者如何運用觀察、會談及身體評估的技巧收集個案健康資料，以 Gordon 十一項健康功能型態分析，發現個案主要護理問題為：「皮膚完整性受損」、「營養不均衡：少於身體需要」、「無望感」及「照顧者角色緊張」，歷經 3 個月的照護，經由居家護理師教導傷口換藥技巧及營養師教導家屬如何調整飲食份量，使個案傷口癒合，在心理部份，也央請本院心理師、社工師、職能治療師、及醫師參與訪視，諮商及輔導個案，並召開跨領域個案討論會擬定照護目標，進行檢討與分析，使個案延緩失能，改善心理健康，並轉介相關資源及病友支持團體，成功讓個案及照顧者的心理壓力降低，個案的護理問題也獲得改善，故將此經驗提供給護理同仁分享。

通訊作者：張聖芝 通訊地址：302 新竹縣竹北市成功 12 街 60 號 8 樓
E-mail：qooqoo691214@yahoo.com.tw

一位失智症併腎病末期病人家屬困難抉擇撤除血液透析之照護經驗

謝慧雅¹ 蔡旻秀² 鐘玉璿³

高雄醫學大學附設中和紀念醫院專科護理師¹ 出院準備服務個案管理師² 護理師³

摘要

東方社會影響撤除血液透析之因素顯著受到家族的影響，即使病情不樂觀，繼續透析並不能改善病況，家屬仍然堅持洗腎，爭取活著的時間。末期病人因多重器官衰竭合併意識障礙時，是否停止血液透析須由家屬決定。因此，生命末期有關撤除血液透析之討論也愈形重要。本文為探討一位 79 歲女性罹患失智症併腎病末期病人家屬困難抉擇撤除血液透析之照護經驗。病人於 2018 年 6 月 15 日至 11 月 25 日期間因肺炎入院 7 次。11 月 25 日入院後仍積極感染控制，但病況每況愈下。12 月 12 日召開家庭會議，說明病情無法藉由血液透析改善生活品質與承擔高風險，討論末期照護目標與依照安寧緩和醫療條例撤除血液透析維生醫療措施之時機。家屬表達充分了解病情與面臨醫療極限，多次猶豫是否持續洗腎，但因停止的決定會有罪惡感及愧疚感”有洗腎才能活！多活一天是一天，不洗將會是扼殺她能活下去的機會”，故決定維持。病人於 2017 年 12 月 16 日出院後持續每周一、三、五於住家附近診所洗腎。12 月 29 日因血壓低暫停透析一次，2018 年 1 月 4 日消化差灌食量逐次減少，下肢出現水腫。1 月 17 日洗腎縮短為兩小時，1 月 19 日在宅善終。血液透析是一種延長生命的治療和延緩死亡的治療。家屬決議撤除血液透析的歷程期間充滿矛盾、擔憂及罪惡感。透過溝通、解決衝突、陳述預後照護，方能達成共識，為末期病人提供全人的照護。末期醫療抉擇倫理議題無標準答案，重要的是抉擇過程賦予家屬意義與陪伴家屬渡過病人臨終歷程，配合家庭宗教與文化提供個別化的臨終照護，以及因應病人臨終後的生活。

通訊作者：謝慧雅 通訊地址：807 高雄市三民區自由一路 100 號
E-mail：820065@kmuh.org.tw

以自立支援模式照顧一位日間照顧中心失智症長者之經驗

陳雯亭^{1,2} 趙淑員³
弘光科技大學學生¹ 大業診所護理師²
弘光科技大學教授³

摘要

本文是探討以自立支援模式照顧一位日間照顧中心失智長者自我照顧能力缺失和失志之護理經驗。筆者護理期間自 2018 年 4 月 12 至 2018 年 5 月 8 日，照護期間藉由觀察、會談、身體評估技巧、電話訪問及查閱病歷方式收集個案資料並進行整體性評估及分析。結果發現個案的主要問題有：自我照顧能力缺失及因失志造成的憂鬱情形，與認知功能障礙和日常生活活動能力衰退最為相關，故以自立支援照顧模式及協助延緩認知功能退化為主要的護理問題。照護過程中與個案約定執行自立支援訓練，如：刷牙、洗碗、擦桌子，並電訪家屬(媳婦)達成共識讓個案在家有機會可以執行自立支援訓練，讓個案知道自己有能力可以執行生活中的事物來提升自我價值感並維持或減緩認知功能衰退。邀請個案參加個別學習療法，如：排列數字盤及圖卡辨識，採漸進式增加難易度，並引導讀誦，增加大腦前額區的活化，延緩認知功能退化。引導個案參與團體音樂活動透過聽覺刺激大腦及神經系統，使之穩定情緒，減少憂鬱並增加社交互動，並藉由回顧過去個案喜愛唱的歌曲，使用手機 youtube 軟體播放歌曲，引導個案重新統合自己生命經驗，幫助提升自尊自信及自我價值感，減輕憂鬱情緒。除了在日間照顧中心的照顧及訓練外，也應同時以家庭為中心，讓主要照顧者一同參與照顧計劃，才能使個案得到全面的照顧，進而達到安適的狀態。

通訊作者：趙淑員 通訊地址：43302 臺中市沙鹿區臺灣大道六段 1018 號
E-mail：curie_chao@hotmail.com

照護一位經醫學中心至區域醫院整合醫學癌末病人接受安寧療護經驗

黃鈺玲

臺北市立聯合醫院中興院區護理師

摘要

本文描述照護一位 80 歲男性在醫學中心急診確診胰臟癌末期，因待床多日未譜，經銜接至區域醫院整合醫學科接受安寧療護之照護經驗。內文結合整合醫學照護扼要，筆者在 2018 年 3 月 06 日至 3 月 18 日護理期間以整合醫學科病房護理師角度，觀察個案、家屬情境與會談過程，運用生理、心理、社會、靈性層面進行整體性評估，發現個案有慢性疼痛與癌症症狀有關、治療計畫處置能力增進準備度與家屬對癌末延伸病況擔心有關、心靈安適增進的準備度與癌末臨終有關等健康問題。照護過程融入各醫療職類力量，協力照護個案及家屬面對癌末過程的醫療處置與探討心靈潛藏問題，鼓勵家屬抒發對治療期待與想法，增加家庭整體動力支持。再予投入安寧療護共同陪伴與渡過臨終過程及增加個案與家中每位成員對臨終的準備，並且轉銜介入安寧居家療護，使個案回歸社區與天地融合，落實分級醫療。希望藉此護理經驗分享，在推動照護制度與臨床實務結合，鼓勵臨床護理人員，投入整合性醫療，提供整體性、個別性與持續性照護過程，期望帶給醫護人員對整合醫療的新知並增加民眾就醫與住院新觀念。

關鍵字：整合醫學照護、分級醫療、安寧療護

通訊作者：黃鈺玲 通訊地址：10341 臺北市大同區鄭州路 145 號
E-mail：B5011@tpech.gov.tw

照護一位頸椎損傷合併無望感病人之護理經驗

黃怡慈¹ 許姿慧²

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院護理師¹ 護理長²

摘要

本文描述照護一位車禍導致頸椎損傷合併無望感病人之護理經驗。護理期間為2017年7月3日至8月20日，筆者藉由觀察、溝通、會談、傾聽，身體評估及查閱病歷方式收集資料，並運用羅氏適應理論進行整體性評估，歸納出病人有急性疼痛、自我照顧能力缺失、無望感、身體心像紊亂等護理問題。於護理過程運用同理心、主動關懷、傾聽、陪伴等技巧，與個案建立良好的治療性人際關係，並與病人共同討論，依其個別性，擬定疼痛控制計畫，使用深呼吸法、分散注意力等降低疼痛指數；訂定每日自我照顧訓練計畫及復健活動，強化個案現有肢體功能及提升自我照顧能力；此外，個案因意外喪失肢體活動，造成日常生活無法自理而產生無望感及身體心像紊亂，筆者亦關心照顧者的心情，協同心理師介入，與家屬共同鼓勵並支持個案表達負向情緒感受，於住院期間由兒女陪伴慶祝父親節，讓全家感受佳節的溫馨及維持個案父親之角色，經由建立家庭凝聚力及支持，使個案以正向的態度度過無望期，進而提升個案之生活品質；於照護期間提供心理師、復健師、出院準備小組等團隊共同合作，此外提供脊髓損傷協會資訊，出院前提供輔具及住家附近的復健診所或醫院資訊，以利返家後持續復健，進而給予病人完整性及連續性照護。雖然個案活動能力無法完全恢復，但見到病人回診時，可手持助行器行走，笑容滿面的與團隊打招呼並表達感謝，是筆者照護個案最大的成就感與感動，期望此護理經驗有助提升護理人員對頸椎損傷合併無望感個案之照護。

通訊作者：黃怡慈 通訊地址：111 臺北市士林區文昌路 95 號 8B 病房
E-mail：albee00442288@gmail.com

運用自然照護技術於失能臥床病人之照護經驗

孫宗慧^{1,2} 陳寶珍³

美和科技大學護理系健康照護碩士班碩士生¹

屏基醫療社團法人附設屏基居家護理所組長²

屏基醫療社團法人屏東基督教醫院護理部副主任³

摘要

自然照護技術能讓臥床病患有舒適感，使照顧者能更加省力協助病患移位，提高復能，預防壓傷的擺位技術。本文為一位腦中風臥床個案，主要照顧者為外籍監護工與案妻協同，首次照顧失能臥床病人，照顧技能不熟悉，協助病人移位時，使用拖移拖拉的方式。照護期間為 2018 年 12 月 7 日至 2019 年 2 月 12 日，筆者運用觀察、會談收集資料，運用老人周全性評估，確立個案的主要護理問題為：潛在皮膚完整性受損、照顧者角色緊張、身體活動功能障礙等護理問題。於照護期間，與照顧者-外籍監護工及案妻共同擬定照護計畫：整合長照專業服務及健保資源運用，護理師與復健師依據病人需求，教導照顧者照顧知能及技能，並藉由良好擺位及照護動作，預防病人壓傷，改善攣縮問題，進而增進復健的果效；護理師並給予照顧者關懷、心理支持，提供 24 小時照護諮詢專線，安排居家整合醫療介入，讓病人在家中就有享有持續性的醫療照護，降低照顧者因照護技能不足導致緊張狀態。藉此護理經驗分享，使居家護品質提升，降低醫療資源的耗費。

關鍵字：自然照護技術、臥床

通訊作者：孫宗慧

通訊地址：900 屏東市瑞光路 3 段 96 號

E-mail：a0938090013@gmail.com

用翻轉教學協助一位長期臥床患者初次外籍看護照顧之經驗

林美珍 陳佩君 鄒碧鳳
衛生福利部南投醫院護理師

摘要

本文描述一位初次由外籍看護照料長期臥床/生活完全依賴合併有三級壓瘡傷口老人，應用雙語圖示卡片傳達傷口護理訊息，協助外籍看護正確的接收知識以拉近與家屬間的信任感，建立其照護的信心，以維護個案生活品質與精進傷口照護技能之目的。護理期間為 2018 年 8 月 10 日至 8 月 30 日，運用身體評估、觀察整體性評估方式收集生理、心理、社會、靈性層面資料，患者因長期臥導致傷口反覆感染住院，外籍看護僅能以 2 至 3 個中文詞彙搭配肢體語言進行溝通、模糊不清且腔音重，筆者以揣測方式，秉持客觀中立，遵守誠實原則，呈現訪談資料，評估後確立問題有：(一)組織完整性受損、(二)關係緊張/與外傭、(三)知識缺乏等護理問題，運用翻轉教學將護理技術步驟製作成圖片搭配中文、印尼文的雙語圖卡，以圖卡加強說明重點，再以印尼文輔助說明，運用多國語言傷口照護衛教單張，傷口換藥教學影音，配合 QR code，以利主要照顧者能在家使用電腦或手機有效學習相關照護知識，並利用兩週返診及與居家護理師每月兩次訪視後，共同討論傷口進展。運用多國語言傷口照護衛教單張，傷口換藥教學影音、心理支持，患者傷口有改善，未擴大，外籍看護照護壓力負荷在指導後有改善，並於 8 月 30 日出院返家，順利由急性病房轉向慢性的長期照顧。建構一個優質、平價、普及的長照體系，減輕家屬負擔、落實在地老化與在地安養，相當重要，在外籍看護照護訓練上，以一對一教學方式最有效，照護技能指導必須反覆演練及回覆示教，以達學習效用，衛教內容設計簡單易懂的文字內容、圖片設計及影片，效果比口頭闡述佳，使學習者更易理解與吸收，達到事半功倍的護理指導及減少語言的溝通障礙，提高照護技能與建立自信嘗試發展社區整體照顧服務體系常給予支持及鼓勵，在照護病患上減少困難，提供連續與就近性的服務，使居家的照護品質提高。

關鍵字：壓瘡、外籍看護、翻轉教學

通訊作者：林美珍 通訊地址：542 南投縣草屯鎮太平路一段 443 巷 16 弄 2 號
E-mail：a0961004526@gmail.com

照顧一位年輕大陸外籍配偶初次診斷肌無力症之護理經驗

趙婉蘋¹ 許姿慧² 葉維純¹

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院護理師¹ 護理長²

摘要

本文描述一位初次診斷肌無力症之年輕大陸外籍配偶，因疾病起伏不定，反覆進出加護病房，治療過程漫長，影響日常生活功能，也易造成負面情緒，對未來產生不確定感。護理期間自 2016 年 10 月 20 日至 2017 年 3 月 28 日，藉由查閱病歷、觀察、身體評估、溝通會談及實際照護方式，以羅氏適應理論為評估架構收集資料，確立健康問題有：呼吸道清除功能失效/與呼吸肌無力有關、活動無耐力/與肌無力有關、無望感/與疾病因應失調有關及身體心像紊亂/鼻胃管及雙腔靜脈導管留置有關。經由建立良好的護病關係，針對個案需求給予個別性護理措施，如：提供疾病資訊，增加病人對疾病之認知，降低對治療的不安；透過漸進式復健運動，如：教導橫膈式呼吸及抬腿運動來增加呼吸肌力；協助個案輪椅下床活動，讓其雙腳著地，邁開步伐進行活動；陪同個案使用鏡子，並鼓勵用言語表達管路留置的影響及感受；亦介紹資深病友給予個案正向支持，並且分享疾病之心路歷程，以降低對疾病之無望感；此外也透過家庭支持力量，利用網路視訊及通訊軟體連繫大陸親友，以傳遞彼此的關心與思念。最後個案於出院前已移除鼻胃管及雙腔靜脈導管，且未再主訴呼吸肌及四肢肌肉有無力之情形，下床行走步態平穩，不需使用輔助物，並可向其他病人分享自己疾病之心路歷程，給予其他病友正向之鼓勵。個案出院後，返家回歸家庭主婦之角色，照料丈夫及稚子。期望藉此護理經驗之分享，讓日後照顧此類個案之臨床護理同仁能有所助益。

通訊作者：趙婉蘋

通訊地址：111 臺北市士林區文昌路 95 號 8B 病房

E-mail：peggy4600@gmail.com

重啟"聲"命的樂章：氣切移除成功居家個案之護理經驗

吳蓁華¹ 謝玉如² 張芬娥³

新光醫療財團法人附設新光居家護理所出院準備護理師¹ 副護理長² 護理長³

摘要

"有口難言"是許多氣切個案心中最大的痛苦，本文主要探討一位因呼吸衰竭行氣管切開術後成功移除氣切管路之居家照護過程，個案因氣切管留置無法發聲表達，且無法獨立執行自我照顧需依賴旁人照顧而懷疑自我價值產生無力感，其與家屬一同面對疾病、陪伴復健期之心路歷程及照護經驗。筆者於 2017 年 3 月 21 日至 2017 年 11 月 09 日，運用羅式適應模式之概念架構，進行整體性評估。護理過程中發現個案主要護理問題為(一)低效型呼吸型態；(二)無力感；(三)照顧者角色緊張等問題。照護期間首先建立良好的護病關係，透過居家訪視的評估指導、電訪、主動關懷、傾聽並與個案及家屬溝通、會談等方式了解需求，運用長期照顧資源，轉介語言、職能、營養師、醫師等跨團隊整合照護；共同擬訂發聲及呼吸訓練計畫、指導家屬肺部照護技巧、鼓勵個案及家人主動參與居家肺部復健運動，如：上肢運動訓練：雙手上舉及外展帶動胸廓使通氣量增加，下肢運動訓練主要改善肌肉及關節活動度包括：下床坐椅子、抬腿、踩固定式腳踏車，語言治療師評估並指導口腔舌部復健運動，在家人的陪伴下度過艱難的復健期，順利移除氣切管，脫離「無聲」的世界。護理並不能治癒疾病，但卻能陪伴一個家庭在適應慢性病的過程中勇敢的共同面對。筆者幫助個案主動參與疾病恢復期的復健計畫及過程，重燃起對生命的意義及自我價值的肯定，期藉此照護經驗，提供長照護理人員日後在照護此類個案之參考。

通訊作者：謝玉如

通訊地址：111 臺北市士林區文昌路 95 號社區護理室

E-mail：R05330@ms.skh.org.tw

一位肺炎病人出院密集訪視及無縫轉銜長照資源之護理經驗

李秋華¹ 李育珮² 易聖妮¹

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理部護理師¹ 高雄市立大同醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)護理部副主任²

摘要

本篇個案報告是協助一位近期再入院的肺炎個案，出院準備過程中，評估返家需持續執行胸腔照護，且新手外籍照護員經驗不足，家屬擔心出院後的照護，除了無縫轉銜長照 2.0 的資源，醫院個案師在個案出院一周內密集訪視，協助家中照護環境的設置及照護技巧的正確執行，延伸醫院出院準備的護理經驗。護理期間為 2018 年 5 月 7 日至 5 月 14 日。透過與個案及家屬互動、會談、身體評估等資料收集，及照顧者的壓力等文獻，確立護理問題包括：呼吸道清除功能失效、潛在跌倒、照顧者角色緊張。過程中發現新手外籍照服員剛到職，家屬對出院後照護出現擔心焦慮情緒，運用出院準備服務概念，除出院前照護技巧的教導，照顧相關知識的提供，也著重在出院後續照護資源之安排及準備，主動關懷並與家屬討論出院準備進度。出院前已順利連結居家營養、居家復能等長照資源，個案返家後即時且持續得到照顧。照顧者部分則透過醫院個案管理師於出院隔天的主動居家訪視，協助調整外籍照服員在居家環境的照護技能，提供家屬支持，減輕其照顧壓力。由此照護經驗期能讓護理人員對於出院後有再入院風險的病人及照顧者，能更完整的評估照護問題及照護需求。出院準備之過程，除提供及銜接適切的後續照顧資源外，亦須將家屬或主要照顧者的照顧壓力一起納入評估。透過醫院及社區長照團隊整合照護，除確保病人能順利返家，降低再入院風險，也能減輕家屬與照顧者返家照顧壓力，讓醫療與長照資源用在真正有需要的人。

關鍵字：出院準備、照顧者壓力

通訊作者：李秋華 通訊地址：807 高雄市三民區明誠一路 106 號 7 樓之 3
E-mail：830226@ms.kmuh.org.tw

協助一位短腸症病人使用居家靜脈營養銜接長照 2.0 服務之出院準備

楊淑玲¹ 陳秀偵²

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院護理長¹ 護理督導²

摘要

本文係描述一位 78 歲女性，因腸阻塞行腸環狀迴腸造口術後出院須使用居家靜脈營養病人，照顧期間自 2018 年 11 月 16 日至 2018 年 11 月 27 日，藉由觀察、身體評估、會談等方式，確立病人出院後照護問題有：(1)家屬照護能力不足/居家靜脈營養相關照護(2)知識不足/銜接長照資源不了解。於住院期間即對病人及家屬進行居家靜脈營養照護評估和照護技術指導，及轉銜長照 2.0 照顧及專業服務之準備。於住院中由醫療團隊共同對病人進行疾病治療及整體性評估，出院前家屬執行靜脈注射部位照護、輸液管路更換、輸液流量控制等技能指導、靜脈營養輸液所需用物準備、及出院後領藥流程說明等，到出院後銜接長照 2.0 居家及專業照護之出院準備服務。由主護護理師指導案子及媳婦學習居家靜脈營養輸液管路更換、靜脈營養輸液流量控制、注射部位照護及居家執行靜脈營養用物準備；出院準備護理師協助出院後連結長照 2.0 照顧及專業服務並轉銜居家醫療，於病人病情穩定後安排出院回家照護。由於長照 2.0 服務推動，在急性醫療照護體系中，除疾病醫療與處置外，出院準備服務更顯重要，在病人急性期之後即開始進行出院後照護計畫，更是急性醫療機構所必須扮演之重要角色。本案經由出院準備醫療團隊介入後，連結長照 2.0 照顧及專業服務，並轉銜居家醫療，安排病人回家執行居家靜脈營養照護，經出院後 2 周及一個月之追蹤，病人返家後病況穩定，案子及媳婦也表示無執行上問題。完善的出院準備可以讓病人及家屬安心、放心的回家，也可降低病人住院天數減少醫療資源耗用，並達到醫病雙贏。

通訊作者：楊淑玲 通訊地址：833 高雄市鳥松區大埤路 123 號
E-mail：ysll0717@cgmh.org.tw

協助一位股骨頸骨折術後病人出院準備無縫接軌長照服務之護理經驗

黃阿美¹ 楊淑玲² 陳秀偵³

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院轉介護理師¹ 護理長² 護理督導³

摘要

本文描述一位 71 歲罹患失智症女性病人，因股骨頸骨折術後導致肢體活動障礙衍生之後續照顧問題。護理期間自 2018 年 11 月 5 日至 2018 年 11 月 28 日，執行出院準備服務計畫過程，進行 3 次訪視、2 次電訪，藉由與病人及家屬互動、觀察、會談等方式收集資料並進行整體家庭支持系統、社區資源評估，確認主要的健康問題包括自我照顧能力缺失及主要照顧者角色緊張。護理目標為提升骨折術後的部分日常生活自理之能力，給予個別護理指導，幫助主要照顧者能協助病人完成自我照顧；結合醫療團隊，幫助主要照顧者能取得相關的長期照護和社會福利資源。經出院準備服務依照病人需求及取得家屬同意下，協助病人從急性醫療照護到返家後三天內順利銜接無縫接軌長照資源，縮短出院後手足無措的照顧空窗期。經追蹤病人返家二週及一個半月後分別轉銜長照機構喘息及順利入住社會局身心障礙者托育養護機構，透過專業照顧協助病人恢復部分日常生活自理能力及使用適當輔具下床活動，並減輕主要照顧者之負荷量。急性醫療團隊不應侷限於急性照護，而須擴展至連續性照護，且有責任提供長期照護預做準備的相關服務，連結長照護資源及提供病人出院後需求服務，以促使急性後期照護及長期照護達無縫接軌。希望藉由此個案運用出院準備專業團隊早期進行整體性評估，提供個別性計畫，推動「照護不中斷」，對於照護負荷的個案列為高頻率追蹤對象，落實長照 2.0 讓民眾「找得到、看得到、用得到」的服務目標，提升病人及家屬生活品質和得到完整且持續性的照護。

通訊作者：黃阿美 通訊地址：833 高雄市鳥松區大埤路 123 號
E-mail：a621117@cgmh.org.tw

導入跨團隊與結合長照資源協助脊椎骨折術後個案之居家照護經驗

周淑滿¹ 王俞蓉² 何京撰¹

奇美醫療財團法人附設柳營奇美居家護理所護理師¹ 護理長²

摘要

本文為協助一位脊椎骨折術後因尿滯留放置尿管之老年女性，個案因對疾病預後之不確定感出現抗拒照顧及情緒不穩；因印尼籍看護照護功能不佳致個案有泌尿道感染、三級壓傷傷口及身體關節活動障礙等問題。個案與兒子同住，平日由外籍看護工照顧日常生活，居家護理師定期訪視協助換管、換藥及護理指導。筆者於2017年8月14日至2018年1月24日居家護理期間，經由家訪與電訪方式透過身體評估、觀察與家屬及外傭會談等方式收集資料，發現個案因嚴重聽力障礙溝通困難以及因術後所致之臥床及不適等身體狀況，出現情緒不穩問題，居家護理師於關係建立過程主動協助配戴助聽器以利溝通，並鼓勵個案表達及接受其不安之情緒；評估個案因脊椎骨折術後雙下肢乏力，外籍看護工缺乏照顧技能，除常規換管及換藥外，結合長照資源之居家護理指導與諮詢項目來增加訪視次數，提供印尼文照護衛教單張，及使用手機翻譯軟體輔佐指導過程之溝通，並經由實地操作及多次回覆示教再指導，提升主要照顧者照顧技能正確性；再經由透過跨團隊建議使用長照資源之居家復能項目，介入指導個案肢體關節運動，預防個案關節攣縮，以改善個案健康問題與照顧者於照顧上之壓力。藉此照護經驗，能提供居家護理同仁在照護類似個案時之參考。

通訊作者：周淑滿

通訊地址：736 台南市柳營區太康里 201 號 3 樓居家護理

E-mail：clh3003@mail.chimei.org.tw

營養支持對居家營養個案壓瘡之重要性

范純美

衛生福利部桃園醫院營養科營養師

摘要

長期臥床之居家個案壓瘡風險增加，個案一旦發生壓瘡其醫療花費支出增加，家屬照護上需要更多的人力與照護技巧與營養知識，減少壓瘡風險給予適當的營養支持有助於壓瘡後的傷口癒合。個案為 75 歲女性，中風長期臥床鼻餵管灌食，159 公分體重 32 公斤處於體重過輕(BMI=13.1)、右臀部 5*4*3cm、左臀部 4.5*3.5*3cm、尾底骨 10*7*2.5cm 有多重壓瘡傷口為第四級傷口，經由居家營養師到府 8 次介入 16 週，依據壓力建議熱量攝取量 1800kcal/天、蛋白質 83 公克/天)特別給予設計高熱量、高蛋白及富含精胺酸(ARGINE)、麩醯胺酸(GLUTAMINE)高營養密度配方之營養品，衛教家屬灌食技巧及注意事項。多次介入後個案使用高營養密度配方耐受性良好，介入後體重上升 3 公斤、經過 4 個月後，右臀部 4*2*2cm、左臀部 2*2*1.5cm、尾底骨 8*5*1cm，壓瘡傷口癒合良好，個案免除住院感染風險，家屬對居家營養滿意度高。對於居家壓瘡個案家屬的營養知識認知與營養支持的認同相當重要，個案體重過輕，體內缺乏營養素提供組織合成作用；經過營養介入後個案攝取蛋白質與熱量都增加並給予添加富含精胺酸、麩醯胺酸高營養密度配方之營養品更有效幫助壓瘡後的傷口癒合改善成效

通訊作者：范純美 通訊地址：330 桃園市桃園區中山路 1492 號
E-mail：judy0823@mail.tygh.gov.tw

協助一位胰臟癌病人走完生命末期之護理經驗

陳玉娟¹ 廖婉如¹ 余偉華²

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院護理師¹ 護理長²

摘要

本文為一位末期胰臟癌末期病患經歷開刀、化療及標靶治療後，仍不敵疾病進展與藥物副作用所產生的生理症狀困擾，如腹水、噁心、腹脹、食慾差、活動障礙等，因此開始意識到生命終點，出現抑鬱，對未來感到茫然。此篇描述個案在面對生理不適及心理衝擊過程中之護理經驗，護理期間自 2017 年 11 月 24 日至 2018 年 2 月 8 日，筆者秉持著維護病人生命尊嚴，建立治療性人際關係，運用同理撫慰病人痛苦，藉由直接照護、會談、傾聽，觀察及身體評估等方式收集資料，並以羅氏適應模式進行整體性評估，確立個案有以下護理健康問題，包括：慢性疼痛、體液容積過量、死亡焦慮等護理問題。與個案、家屬共同討論並擬定照護計畫及設定目標，共同走完生命末期。護理期間適時解說病程及照護方式，協助腹腔放液、執行低鈉飲食、限水計畫，每日監控體重及腹圍變化，運用精油按摩、穴位按壓、音樂、放鬆治療及生命回顧等，藉由感恩餐會、念佛等了解生命的意義及接受死亡的到來。鼓勵病人與家屬表達自我感受，依個別性需求調整照護措施，更藉由團隊合作方式進行心理評估及情緒支持，如：醫師、社工師、心理師、營養師、宗教師等，一同攜手渡過個案剩餘的時光。照護過程中，傾聽病人生命的故事，分享人生經驗與領悟，使筆者閱歷漸豐，最後個案於 2 月 8 日安詳病逝於醫院，過程中更深刻體會，讓病人在瀕臨死亡的歷程是舒適、平靜、安詳有尊嚴地是非常重要的，期望藉此分享，提供護理人員照護癌症末期病人之參考。

通訊作者：余偉華 通訊地址：111 臺北市士林區文昌路 95 號 10A 病房
E-mail：R004426@ms.skh.org.tw

一位癌症末期病人困難出院準備之護理經驗

李佳芳¹ 謝慧雅² 蔡旻秀³

高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理師¹ 專科護理師² 個案管理師³

摘要

癌症末期病人常因不適症狀入住安寧病房接受症狀緩和治療。當症狀獲得控制，但末期病情仍然進展下，出院變成令人頭痛的問題。於安寧病房，病人出院僅是症狀獲得暫時控制而非病情穩定或康復，家屬將面臨返家後照顧末期病人的壓力。當家屬基於各種原因導致害怕回家時，出院準備的進行經常造成團隊和家屬之間的緊張。本文為一位56歲鼻咽癌末期病人，2018年9月19日因疼痛入安寧病房，10月4日症狀緩解後出院。10月8日因咳嗽嚴重近期再入院接受治療，在病情相對穩定下進行出院準備。但在缺乏親友支持與經濟困難下，案妻表達無法承受病人在家症狀惡化之壓力與失去醫院社服資源而拒絕出院。因病人無身障手冊不符合長照資源轉介，故團隊會議討論後擬訂出院照護計劃有：(1)由社工函文通報社會局轉介機構安置；(2)轉介社區安寧居家團隊人員，並於病人出院前至病房訪視案家促進治療性關係建立；(3)持續情緒支持與關懷案妻。病人2019年1月21日出院轉置住家附近機構接受照護，銜接社區居家安寧團隊追蹤。出院後，個管師單一窗口關懷電訪案妻及與社區居家照護團隊保持聯繫，以密切了解病人之動態，2019年1月28日案妻來電表示預接病人返家照護。個管師協助案妻向輔具中心租借病床、抽痰機及製氧機等輔具，病人於1月29日返家，當日由社區團隊家訪衛教教導案妻相關照護技巧與注意事項。出院準備案家有許多擔心害怕，透過溝通了解病人及家屬需求以銜接社會資源及社區居家醫療整合協助病人重返社區照顧，讓家屬獲得喘息，得以提升病人照護品質。

通訊作者：李佳芳 通訊地址：807 高雄市三民區自由一路 100 號
E-mail：1020035@kmuh.org.tw

協助一位偏遠地區癌末病人之出院準備歷程

鐘玉瓊¹ 謝慧雅² 蔡旻秀¹
高雄醫學大學附設中和紀念醫院護理師¹ 專科護理師²

摘要

偏遠山區的醫療機構，僅有當地衛生所及少數診所。在疾病惡化進展時，病人被迫離開熟悉的生活環境到都市接受治療，期望臨終最後一程能在熟悉的家裡好走，但安寧資源匱乏。癌末病人需要的或許不是大醫院，而是能就近領藥及即時獲得幫助之所在。本文為協助一位偏遠地區末期病人之出院準備歷程。陳先生，46歲，因口咽癌復發於2018年12月9日入腫瘤內科住院治療，期間因呼吸衰竭插管三次入加護病房。2019年1月29日開始接受安寧共同照護。2月14日轉安寧病房當日，病人筆談「想回家」。與案妻及案父溝通後，啟動出院準備計劃：針劑藥物轉換口服劑型；聯繫社區安寧居家照護資源；衛教家屬相關照護與臨終準備；輔具準備；安排2月21日出院返家交通工具。因病人居住偏遠山區，當地衛生所表示尚無安寧照護經驗與無管制藥品備藥，故協調最近地區醫院安寧居家團隊共同照護與管制藥處方開立。病人於2月19日呈現嗜睡與低血壓，與家屬取得共識後決定提早完成病人「回家」之心願，並聯繫衛生所居家團隊與地區醫院安寧居家團隊協助後續「在宅善終」與「家庭哀傷關懷」。病人於2月20日病危辦理出院。衛生所安寧居家團隊於病人出院當日無縫接軌至案家訪視，由地區醫院安寧居家團隊提供電話諮詢，協助衛生所團隊完成首次安寧收案訪視及臨終照護。2月23日病人圓滿離世，案家回饋感謝能受到多團隊幫助他們完成病人回家之心願。透過社區居家安寧網絡建立，有效利用社區醫療資源，協助病人回到社區接受安寧照護，提升了偏遠地區在宅善終的可能性。

通訊作者：鐘玉瓊 通訊地址：807 高雄市三民區自由一路 100 號
E-mail：870150@kmuh.org.tw

運用安寧療護於一位子宮內膜癌末期病人之照護

楊宜榛¹ 余偉華²

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院護理師¹ 護理長²

摘要

本文描述一位 83 歲女性在子宮內膜癌末期時，在長期照護中，面對日常生活改變及罹癌症狀困擾等情形，出現負向信念及哀傷情緒狀態，對於生命即將到達終點，更是讓個案及家屬產生莫大的心理衝擊與恐懼。筆者照護個案期間為 2017 年 11 月 14 日至 2018 年 1 月 3 日，過程中深刻體悟到，個案除了提供生理照護之外，在心理層面更是須要秉持著愛與同理的態度，進行深入評估及提供合宜照護措施。本篇主要以 Gordon 十一項功能性護理評估，藉由對話、觀察、查閱病歷等方式，確立個案有疼痛、體液容積過量及預期性哀傷等健康問題。護理過程中以安寧療護模式為主軸，提供完善的臨終護理照護，藉由建立良好的護病關係開始，規劃個別性及整體性之照護。在疼痛問題方面，依疼痛指數調整止痛藥物，在非藥物措施亦運用輔助性療法緩解疼痛不適，提升個案舒適感受。照護期間，多次邀請病人及家屬共同參與、討論照護計畫及措施，以病人感受為中心，分別在飲食、輸液、腹腔放液術、利尿劑、按摩手法等，減輕腹水及下肢水腫等不適情形。更在安寧團隊的共同照護下，提供個案及家屬心理支持、放鬆技巧等與個案及家屬共同渡過哀傷期，最終在團隊共同努力下，讓個案體會生命的意義及價值，能以正向與安適的態度面對離別。筆者藉由此照護分享，除了瞭解癌末病人身、心、靈之照護需求外，進而提供臨床照護者此階段之照護計畫及措施參考，以提升癌末病人之照護品質，進而達到生命圓滿及善終的精神。

通訊作者：余偉華 通訊地址：111 臺北市士林區文昌路 95 號 10A 病房
E-mail：R004426@ms.skh.org.tw

長照溫暖你心～應用長照 2.0 協助心臟衰竭個案出院準備服務

楊凱聿¹ 洪秀琴²

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院轉介護理師¹ 護理長²

摘要

本文為協助一位 69 歲男性個案，因冠狀動脈疾病心臟衰竭住院治療，病況穩定後卻面臨家屬擔心無能力照護而拒絕出院的困境，照護期間自 2018 年 1 月 11 日至 2018 年 1 月 21 日，依全人照護的理念及出院準備服務的概念，結合使用長照 2.0 給付新制及社區資源運用，提供後續適切的出院準備服務經驗。出院準備護理師經收案訪視、身體評估、觀察及運用同理心溝通後，建立良好的信任感與護病關係，收集資料個案意識 E4V3M5，鼻胃管、尿管留置，尾骶骨壓傷(pressure injury；又稱褥瘡)2*2 公分，ADL 評估 0 分(完全依賴)。後續照護需求評估有居家導管照護、傷口照顧、輔具需求、照護人力等問題。經與醫療團隊多次與個案、案妻溝通，並詳細說明長照 2.0 精神與給付項目、條件後，經同意執行出院準備銜接長照 2.0 計畫評估。確認申請機構喘息與居家復健緩解家屬短期照護人力不足的問題，申請交通接送解決交通問題，連繫鄰近居家護理所協助定期更換管路與傷口照護問題，除此之外，還連繫民間社福團體提供免費二手輪椅輔具供居家使用，減輕照顧費用支出的負擔，讓案妻終於放下「擔心」，開心的與個案辦理出院返家照護。出院後電訪與案妻連繫，案妻表示「返家時，長照中心已通知後續照護資源已核定及提供使用資訊，居家護理所的護理師也到家更換管路及傷口照護，長照 2.0 真好！」。藉此案例得知提供適切的資源服務讓有需求者，返回社區仍能維持良好的生活品質，維繫家庭正常運作，以達出院準備服務完整且持續性的優質照護品質。

通訊作者：洪秀琴 通訊地址：333 桃園市龜山區復興街 5 號教育大樓 3 樓轉介組
E-mail：Jean1327@cgmh.org.tw

安寧三無、四道人生--協助一位肝硬化末期病人的轉介服務經驗

賴怡如¹ 洪秀琴²

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院轉介護理師¹ 護理長²

摘要

「安寧療護」是指疾病末期提供症狀緩解、情緒支持、靈性照顧與其他社區綜合資源，以改善其生活品質。本篇為協助一位 74 歲男性因肝硬化及肝腫瘤個案，因意識改變而入急診，依全人照護的理念及安寧療護的概念，量身規劃安寧持續照護計劃，引導個案完成「道謝、道愛、道歉、道別」，離開時「無痛、無憾、無懼」，達「生死兩無憾」宗旨。急診轉介師經收案訪視、身體評估、觀察及同理心溝通後，建立良好的信任感與護病關係收集資料與確定問題，透過收案訪視發現個案家庭有：家屬照顧技能不足、家庭因應能力與準備度不足及面對死亡的準備度不足等需求問題，導致無法接受安寧療護。護理師依病人的需求，透過與醫療團隊與家屬討論規劃、連繫社福團體、長期照顧管理中心，包括：召開安寧家庭會議、說明安寧服務宗旨、討論後續可能發生的狀況安寧病房及安寧居家護理的優勢與資源，經過多次陪伴與傾聽，引導家屬說出內心的擔心與焦慮，最後家屬間共同決議選擇至安寧病房，並表示當病人情況穩定可返家時，將申請安寧居家護理持續安寧療護不中斷，所以轉介師也協助填寫長照初篩單申請安寧居家護理與交通接送服務。經電訪追蹤個案，案女表示個案在安寧病房意識清楚時，團隊引導個案跟家人完成「四道人生」安然離開，家屬很慶幸當初選擇安寧療護陪伴個案走完人生最後一段路。個別周詳的安寧療護計畫，即使是急診個案亦可減輕個案與家屬面對生命自然節奏，接納死亡是人生的必然過程，達「生死兩無憾」安寧宗旨。

通訊作者：洪秀琴 通訊地址：333 桃園市龜山區復興街 5 號教育大樓 3 樓轉介組
E-mail：Jean1327@cgmh.org.tw

喘息才能走更長遠的路--協助一位失能個案銜接長照服務之轉介經驗

林玉玲¹ 洪秀琴²

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院轉介護理師¹ 護理長²

摘要

本篇為協助一位 55 歲男性因全身無力跌倒入院，經診斷為腦出血，病況穩定後卻面臨返家無人照護的窘境，運用使用長照 2.0 給付新制，提供後續適切的出院準備服務護理經驗。護理期間 2018 年 11 月 5 日至 2018 年 11 月 15 日藉由出院準備服務收案訪視、病史資料收集、身體評估、觀察及溝通技巧後，評估個案意識清楚，失語、鼻胃管留置，ADL 0 分，與越南籍外配離婚，育有 2 子分別為高一及高三學生，住院期間由案兄協助照顧。擔心返家後照顧問題與經濟問題而多次拒絕討論出院計劃。護理師依病人的需求，透過與醫療團隊、長期照顧管理中心、社工及案前妻共同討論規劃，運用出院準備銜接長照 2.0 服務新制，線上申請機構喘息及居家服務，協助個案出院時無照顧人力燃眉之急，申請交通接送服務及生活輔具(輪椅)資源，減輕個案就醫的不便。除此之外，因個案因鼻胃管及尿管置放，連繫居家鄰近的居家護理所協助更換尿管，減少個案門診就醫次數的不便。聯絡社福中心社工，協助案前妻申請急難救助與低收福利別、身障證明申請等補助，請長照 A 單位和社服團體持續追蹤案家社福資源使用狀況，定期追蹤個案動態服務需求，並調整服務提供。經電訪追蹤個案病況穩定，機構喘息後由居服單位接手提供服務。案妻表示因其為外籍身份對資訊獲取有限，對於其協助部分深表謝意。希望藉此經驗，期可透過醫療團隊間合作、運用長期照護社區資源，使個案能得到適切性、經濟性及可近性的專業長照服務「放心」出院。

通訊作者：洪秀琴 通訊地址：333 桃園市龜山區復興街 5 號教育大樓 3 樓轉介組
E-mail：Jean1327@cgmh.org.tw

團隊合作、長照陪伴---協助一位思覺失調症併腦中風個案銜接長照服務之 轉介經驗

林秀蘭¹ 洪秀琴²

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院轉介護理師¹ 護理長²

摘要

長期照護精神在於提供失能者能獲得適切的服務，適時的結合社區在地之社會福利與衛生資源，使其能維持生活品質，以維護生命尊嚴與自主。本篇為協助一位 51 歲女性罹患思覺失調症領有中度身障手冊、低收身份，因腦中風入院後導致臥床生活無法自理，住院中由高三的案子請假照顧，照護期間 2018 年 11 月 7 日至 2018 年 11 月 17 日，依全人照護的理念及長期照護服務的概念，量身規劃出院後持續性照護計劃。出院準備護理師經收案訪視、病史資料收集、身體評估、運用觀察及溝通技巧後，評估個案意識 E3VM，有鼻胃管、尿管留置，需氧氣使用及協助抽痰，ADL 0 分，經 70 歲同居人表示個案住院前常會一個人外出遊蕩，全身髒兮兮才又返家，現在臥床加上自己年紀已高無力照顧。護理師依病人的需求，透過與醫療團隊、長期照顧管理中心、社工師及案子共同討論規劃，已請醫師重新協助身障鑑定為極重度，運用出院準備銜接長照 2.0 服務新制，線上申請機構喘息服務，並請社工師進行慈善募款，協助提供案子同時有機構喘息及身障者住宿式照護補助的照護機構名單參考，並在同居人陪同下教導機構參訪相關注意事項，最後順利使用長照機構喘息，並銜接身障者住宿式照護補助妥善安置個案。經電訪追蹤個案病況穩定，持續入住機構照顧，身障手冊換發中，已完成申請住宿式補助，案子也可以繼續安心就學。希望藉此經驗，期可透過醫療團隊間合作、運用長期照護社區資源及政府相關補助，使個案能得到適切性、經濟性及可近性的照顧。

通訊作者：洪秀琴 通訊地址：333 桃園市龜山區復興街 5 號教育大樓 3 樓轉介組
E-mail：Jean1327@cgmh.org.tw

燙傷的痛、長照來修復～協助一位燙傷老人運用長照 2.0 服務於出院安置 經驗分享

魏秀娟¹ 洪秀琴²

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院轉介護理師¹ 護理長²

摘要

本篇是探討一位 84 歲男性燙傷個案，因為打翻熱湯燙傷兩大腿內側及生殖器入院治療，病況穩定卻面臨出院後無照護人力及傷口照護的困境，依全人照護的理念及長期照護服務的概念，運用長照 2.0 給付提供後續適切的出院準備服務護理經驗。護理期間 2018 年 8 月 15 日至 2018 年 8 月 29 日，護理師運用出院準備服務與社區資源等概念進行收案訪視、病史資料收集、身體評估、觀察及溝通。評估個案意識清楚、與案女及案孫女同住，案女罹患慢性腎衰竭固定接受洗腎治療，案孫女輪班工作，返家後面臨兩大腿內側及生殖器大面積燙傷傷口無人可協助換藥，下肢肌力 3-4 分，ADL 評分 40 分，日常生活照護及後續經濟等問題。轉介師與團隊討論個案出院後需求，主動向個案及案女說明長照 2.0 服務各內容，經由多次討論與說明後，評估失能等級-CMS 4 級，申請機構喘息服務 14 天及後續照顧服務，連結縣市長照中心提供喘息機構名單連繫供參訪，解決返家傷口照護問題。運用居家送餐、傷口照護、身體基本清潔等協助解決生活後續問題，除此之外，還連繫民間慈善團隊於住院中就提供免費助行器輔助使用，避免居家跌倒問題。最後順利入住老人養護中心照顧。經電訪案女得知個案傷口癒後良好，已從老人養護中心返家，於家中接受居家服務，讓案女可以放心去接受洗腎治療，很感謝團隊的協助與提供資源，也很感激政府有這項德政，能減少照顧者負擔，讓個案回歸社區生活。

通訊作者：洪秀琴 通訊地址：333 桃園市龜山區復興街 5 號教育大樓 3 樓轉介組
E-mail：Jean1327@cgmh.org.tw

《長期照護雜誌》之文獻計量分析：2003 年至 2018 年

江家璇¹ 辜美安² 陳育嫻³

慈濟科技大學長期照護研究所碩士生¹ 副教授² 助理教授³

摘要

前言：長期照護的議題與研究隨著人口老化尤顯重要，有必要了解相關學術研究的概況和趨勢，並協助找出研究缺口。**方法：**本研究以文獻計量分析法，利用華藝中文電子期刊服務資料庫分析《長期照護雜誌》從 2003 至 2018 年間所刊登的文章特質及被引用情況。**結果：**在 516 篇文章中，專欄佔 214 篇（41.5%）、研究 96 篇（18.6%）、綜論 71 篇（13.8%）、個案報告 51 篇（9.9%）、專案 31 篇（6%）及其它未分類共 53 篇。排除未分類的文章後，作者人數為一或二人，佔 56.3%。第一作者所屬單位為教育機構者佔 51.0%，為醫療機構者佔 33.3%。第一作者所屬單位地區以北部最多（60.7%）、南部次之（22.2%）。中文和英文參考文獻平均數分別為 10.0 和 12.1 篇。資料繼以第一階段長照十年計畫（長照 1.0）開始時間作為切點，比較文章特質的差異。作者人數從平均 2.4 人顯著上升至 2.7 人（ $p=0.028$ ）。文章刊登頁數從平均 11.2 頁顯著上升至 12.5 頁（ $p=0.001$ ）。圖表的數目及中英文參考文獻數目則無顯著差異。此外，多變項迴歸分析結果顯示個案報告和綜論顯著比原著研究的下載次數為多，刊登年份愈近期的下載次數顯著愈多，第一作者所屬單位為醫療機構的文章下載次數顯著比單位為教育機構為多。再者，以 2009 年至 2018 年的 246 篇文章的英文關鍵字進行可視化分析其關聯及出現頻率，結果獲得高齡者、照護者、長期照護服務與長期照護機構共四大主軸。**結論：**透過分析《長期照護雜誌》在 2003–2018 年間所發表的文章，本研究獲得長期照護的研究概況，並從可視化分析了解長期照護的研究熱點，結果可作為未來研究之參考。

通訊作者：辜美安 通訊地址：970 花蓮市建國路二段 880 號慈濟科技大學長期照護研究所
E-mail：mkoo@tcust.edu.tw

長期照護雜誌 優秀原著論文

影響長期照顧十年計畫照管專員核定居家服務時數之因素探討

The Variation of Approved Home Care Service Hours for Disabled Elderly among Care Managers under Ten-Year Long-Term Care Program

陳星翰 葉馨婷* 吳肖琪**

Xing-Han Chen Shin-Ting Yeh* Shiao-Chi Wu**

摘要

目的：探討照管專員核定長期照顧十年計畫居家服務時數之相關因素及差異性。方法：採橫斷性研究，針對 2013 年該計畫核定居家服務時數之失能老人為對象，探討服務核定時數受哪些因素影響，標準特質含失能者失能程度及認知行為，非標準特質為個案與家庭照顧者特質，另納入照專服務案量及縣市長照資源，以廣義估計方程式進行分析。結果：2013 年居家服務核定時數為每月平均 29.1 小時，輕度 16.1 小時、中度 29.8 小時、重度 39.1 小時。個案失能嚴重、年齡越長、具身心障礙身份、已婚、與家人或親友同住、家庭照顧品質佳、家庭照顧者照顧負荷重、縣市照顧服務員數多者之核定時數顯著高；納入標準特質後迴歸解釋力達 20.66%，逐步納入個案與家庭照顧者、照專服務案量、縣市長照資源及縣市別，解釋力提高為 24.64%、24.74%、25.88%、31.38%。結論：照管專員核定居家服務時數存在不一致現象，且解釋力偏低；除受標準特質影響，亦受非標準特質如失能者高齡、具身心障礙身份、無配偶、與家人或親友同住、家庭照顧品質佳、家庭照顧者負荷大，及縣市長照資源所影響，肯定長照 2.0 採用多元評估量表納入更多變項定義標準特質，然照顧服務員人力是關鍵，建議政府須重視照顧服務員投入市場及留任情形。

關鍵詞：照管專員、居家服務、照顧服務員、居家服務核定時數、標準特質、非標準特質

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院總務室組長 國立陽明大學衛生福利研究所博士後研究員* 國立陽明大學衛生福利研究所教授**

通訊作者：吳肖琪 地址：112臺北市北投區立農街二段155號

受文日期：2017 年 10 月 27 日 接受刊載日期：2018 年 4 月 26 日

E-mail: scwu@ym.edu.tw



攜手陪伴 ● 專業關懷